HOSPITAL DE CLÍNICAS *DE MONTEVIDEO*

GÉNESIS Y REALIDAD (1887 - 1974)



Eduardo Wilson / Aron Nowinski / Antonio L. Turnes
Soledad Sánchez / Jorge Sierra

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE MONTEVIDEO

GÉNESIS Y REALIDAD

(1887 - 1974)

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE MONTEVIDEO

GÉNESIS Y REALIDAD

(1887 - 1974)



Eduardo Wilson
Aron Nowinski
Antonio L. Turnes
Soledad Sánchez
Jorge Sierra





La ilustración de la portada corresponde al anverso de la medalla conmemorativa de la colocación de la piedra fundamental del Hospital de Clínicas. Fue acuñada por la casa Tammaro en 1930, obra del artista y maestro grabador Juan Azzini Dalle (1881-1947).



ISBN: 978-9974-98-548-3
Primera edición - Noviembre de 2011

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE MONTEVIDEO
GÉNESIS Y REALIDAD (1887 – 1974)

Hospitales Escuela / Historia
Educación Médica / Historia
Historia de la Medicina
Administración Servicios de Salud

Queda hecho el depósito que ordena la ley
Impreso en Uruguay - 2011
Tradinco S.A.
Minas 1367 - Montevideo.

Diseño de portada y diagramado: Augusto Giussi

CONTENIDO

QUINTA PARTE

SEXTA PARTE

EPÍLOGO

ANEXOS

SIGLAS E ÍNDICE ONOMÁSTICO

AGRADECIMIENTOS

Este libro no habría sido posible sin la ayuda de dos entidades distintas. En primer lugar el Laboratorio Bioerix, cuyo apoyo económico fue indispensable para la impresión de la obra. A los directores de esta institución, Sres. Pablo Salomone y Germán Álvarez expresamos nuestro sincero agradecimiento.

En segundo lugar, la Dirección del Hospital de Clínicas. Comenzamos nuestra labor en 2007, luego de ser convocados por la entonces Directora, Dra. Graciela Ubach. No solo introdujo la idea de escribir la historia y las memorias del Hospital, sino que organizó el grupo de trabajo, puso a su disposición toda la documentación existente, tramitó y obtuvo del Rectorado la contratación de dos colaboradores y contactó y comprometió a la empresa que financia la publicación. Su sucesor, el Dr. Víctor Tonto, no escatimó esfuerzos para mantener el emprendimiento. El personal de Secretaría de la Dirección, Ana Pavón, Claudia Franqui, Norma Hernández, Washington Duarte, y Vanda Macedo fueron eficaces asesores y colaboradores de nuestro trabajo. A todos ellos, vaya nuestro agradecimiento.

Pero fueron muchos más quienes contribuyeron con sus aportes a nuestro trabajo.

Agradecemos los testimonios brindados por los entrevistados, todos ellos protagonistas de la acción hospitalaria en el período de estudio, y algunos de ellos fallecidos en el curso de la realización de la obra. Fueron ellos Dinorah Castiglioni, Miguel Ángel Donnabella, Eva Fogel, Carlos Gómez Haedo, Tabaré González, Ernesto Lubin, Miguel Lladó, Dante Petruccelli, Raúl Praderi, Julio César Priario, Selva Salaverría y Juan Verrone.

A Lorena García Mourelle, estudiante de la licenciatura de Historia, y Pablo Ferreira, profesor de Historia, contratados ambos en carácter de Ayudantes

de Investigación. Ellos realizaron un excelente trabajo de relevamiento, fichado y ordenamiento de documentos y artículos de prensa.

A Vania Markarian, del Archivo Central de la Universidad de la República, por su asesoramiento en materia de metodología histórica en la primera etapa.

Al Departamento de Historia de la Medicina de la Facultad de Medicina, en las personas de su director Prof. Fernando Mañé Garzón y sus integrantes Sandra Burgues Roca, Marianela Ramírez y Mariángela Santurio.

A Ana Salvat, de la División de Procesamiento de la Información (DPI) del Hospital de Clínicas, quien resultó una fiel y entusiasta guardiana del acervo documental y fotográfico del Hospital, muchas de cuyas fotos ilustran este libro.

A los funcionarios de la Secretaría del Consejo y de la Biblioteca de la Facultad de Medicina, de la Biblioteca del Instituto de Historia de la Arquitectura de la Facultad de Arquitectura, de la Biblioteca del Hospital de Clínicas, del Archivo del Sindicato Médico del Uruguay y de la Biblioteca de la Sociedad de Cirugía del Uruguay, que nos ayudaron a hurgar en los documentos y archivos a su cargo.

A todos aquellos que aportaron datos, información, documentos y fotografías personales o familiares en entrevistas o charlas informales. Aun sabiendo que habrán omisiones, por las cuales pedimos disculpas, intentaremos recordarlos: Julia Galemire, Dora Galiano, Helvecia Varela, Mirtha Mut, Mabel Astoviza, Laura Hernández, Ida Sánchez, María Recarte Hernández, Susana Bragaña, Teresa Antoria, Elfrides Gianello, Josefina Silva Baliñas, Anita Muzikantas, Zulma Machín, Irma Guillén, Gonzalo Fulquet, Milton Rizzi Castro, Roberto Masliah, Felipe Lemos, Carlos Romero, Alicia Ferraro, Graciela Dighiero, Cecilia Surraco, Marcela Nowinski, Daniel Villar Ballesteros, Christine Wilson, Stella Launy, Liliana Dalla Rosa, Beatriz Rebagliatti, Néstor Macedo, Ricardo Fescina.

A Leonel Bettinelli, de Tammaro S.A., quien realizó la investigación de los antecedentes de la Medalla conmemorativa de la colocación de la Piedra Fundamental del Hospital de Clínicas y a Daniel Azzini, por los datos aportados de su abuelo el artesano que realizó su original.

Finalmente deseamos extender nuestro agradecimiento al autor de la presentación del libro, el Decano de la Facultad de Medicina de la UDELAR, Prof. Fernando Tomasina, y al autor del prólogo, Ac. Dr. Abraam Sonis, Decano de la Facultad de Medicina, Universidad Maimónides, Buenos Aires, por haber dedicado su tiempo a la lectura y los comentarios del manuscrito.

Una vez más, a todos, muchas gracias.

Los autores

PRESENTACIÓN

En lo personal, es un honor realizar la breve presentación de este libro, principalmente teniendo presente la importancia académica y profesional de sus autores, ya que los mismos son referentes en la Medicina y en particular de la Salud Pública del país.

La lectura del presente trabajo se podría definir como imprescindible para entender el hoy, así como para proyectar el futuro de una organización tan compleja como es el Hospital de Clínicas Prof. Dr. Manuel Quintela.

Durante el relato del presente trabajo se reviven las apasionadas experiencias en la consolidación del Hospital Universitario, el Hospital de Clínicas, desde su idea concebida ya por el Profesor Dr. Pedro Visca a fines del siglo XIX, hasta el año 1974.

Desde el mismo inicio, en relación a los proyectos arquitectónicos existió pasión y emoción, si no cómo se podría definir la expresión con que inicia el informe de la Comisión Honoraria para la creación del Hospital Universitario: *"Dos tipos de construcción hospitalaria dividen la opinión del mundo",* haciendo referencia al modelo de Pabellón y al de Bloque.

También recoge el trabajo las discusiones en la interna de la Universidad y en el ámbito político nacional en relación con la creación de un hospital universitario, desde su propia naturaleza universitaria, sus fines y la relación con el resto de la Asistencia Pública.

Expresiones como: "*Autoridades de la Asistencia Pública, sin querer desligarse del futuro hospital docente, desconfiaron de un hospital moderno en el que la Facultad de Medicina tuviera una injerencia importante*" nos adentran en lo fermental, profundo y paradójicamente actual de las discusiones en torno al futuro Hospital.

En definitiva el debate de lo fundacional está investigado, documentado y expresado en detalle en el presente trabajo.

La obra transita por una parte inicial que desentraña los orígenes, casi diría de la utopía de las ideas hasta iniciar la concreción de la obra. Quizá más que nunca una idea en manos de personas emprendedoras en un entorno de desarrollo y optimismo existentes en el Uruguay de principio del siglo XX permitió la consolidación del proyecto.

El trabajo ahonda en el avance de las ideas existentes sobre la atención a la salud al final del siglo XIX y principio del XX.

Se realiza un extenso desarrollo de la evolución vinculada al concepto del hospital, como una forma de organización compleja de los recursos destinados a la atención de la salud.

Durante el trabajo se ponen en consideración también algunas controversias que son muy actuales como por ejemplo, la existencia de un Hospital Universitario en contraposición de hospitales, administrados por la autoridad política sanitaria.

Una segunda etapa supone la concreción de la obra, los principales actores de esta instancia y por último la puesta en funcionamiento del Hospital hasta el triste momento histórico de la intervención.

Es de destacar la existencia documentada de diferentes personalidades, su biografía así como la contribución al proyecto hospitalario; el importante rol que tuvo el movimiento estudiantil universitario, con su posición crítica y combativa de las posiciones conservadoras en el seno de la sociedad, así como su contribución en la concreción del Hospital Universitario; la coincidencia histórica, no casual, de los movimientos sociales en pos de la promulgación de la Ley Orgánica de la Universidad.

Hoy no es posible concebir el desarrollo de la Facultad de Medicina sin la presencia del Hospital de Clínicas. Esta afirmación corresponde tanto para desarrollar la enseñanza de la carrera de Medicina como la de las diferentes carreras de grado que integran la Facultad de Medicina, entiéndase de la Escuela Universitaria de Tecnología Médica, Escuela de Nutrición y Dietética y la Escuela de Graduados.

El Hospital a lo largo de su historia ha ejercido un rol central en la formación de los profesionales y/o técnicos de la salud al permitir generar el necesario espacio de la articulación docente asistencial.

Por otra parte en el Hospital se ha desarrollado investigación básica como la aplicada a la atención de la salud.

También es de mencionar la contribución que realizó el Hospital Universitario en un área de la Salud Pública, la Administración Hospitalaria. En ese sentido el presente trabajo relata los primeros desafíos en la constitución del equipo de dirección que, a manera de pioneros, desarrollaron un cuerpo teórico

de la especialidad arraigado en una práctica de administración que podría denominarse fundacional para la disciplina en el país.

El Hospital de Clínicas, en el período de tiempo estudiado, fue un lugar de referencia en la atención a la salud, así como un lugar jerarquizado tanto para la colectivización de las tecnologías de punta en el área de la atención a la salud como para el ingreso obligado en el país de la misma. Este último aspecto vinculante del rol social del Hospital Universitario, diría ha sido profundamente democratizador de las relaciones de poder en el sector salud. El mismo queda claramente expresado a lo largo del relato de la vida institucional.

Por último quiero afirmar, como mencionaba al inicio, que la lectura del presente trabajo sobre la historia del Hospital de Clínicas es un insumo fundamental para poder proyectar al Hospital en el nuevo escenario nacional que supone el desarrollo del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Fernando Tomasina
Decano de la Facultad de Medicina
Universidad de la Republica

PRÓLOGO

La historia del Hospital de Clínicas de Montevideo presenta matices especiales en aspectos de relevancia que merecen ser destacados dado que ella se superpone con la historia de la atención médica en el Uruguay; ya que liderando los adelantos médicos de la segunda mitad del siglo XX, no solo sirvió de modelo para todo el sistema de atención sino que, paralelamente, exhibe enseñanzas sobre la evolución del hospital moderno en todas sus características: su misión y su rol en la sociedad, la importancia y complejización de sus funciones y su administración, la trascendencia de su rol en la investigación y en la docencia, su responsabilidad en la capacitación de su personal y aun en lo que hace a lo arquitectónico.

Resulta encomiable la extraordinaria tarea de sus autores en la búsqueda, el análisis y la clasificación de toda la documentación que conforma su historia, tarea que solamente un gran amor por la Institución puede explicar. Rememorar y traer a la luz problemas del pasado y sus soluciones exitosas, como lo ejemplifica sobre todo el período que va de 1960 a 1974, constituye una excelente enseñanza para el futuro.

Por otra parte la historia de su creación y los avatares que van desde la ley que en 1926 le dio origen autorizando su creación, hasta la ley que en 1950 aseguró definitivamente su pertenencia a la Universidad, constituyen una muestra del valor y la constancia de la comunidad médica y de los profesores y estudiantes de la Facultad de Medicina en disponer de un hospital universitario que brindara atención de la máxima jerarquía para toda la población.

Y es a partir de 1960 que el Hospital de Clínicas concreta su objetivo de liderar la atención y paralelamente constituirse en ejemplo de lo que en la administración de salud se calificó como “el hospital moderno”. El mensaje de

Hugo Villar al hacerse cargo de la Dirección, explicita claramente el desarrollo futuro tanto en los aspectos que hacen a la filosofía y la esencia de la atención de la salud como en sus aspectos técnicos y administrativos. Así en los años siguientes es posible visualizar el cumplimiento del objetivo de liderar el proceso de atención de la enfermedad y la salud. Basta recordar el impulso pionero del Hospital en áreas críticas y novedosas de la atención como, entre otras, la cirugía cardiovascular, la nefrología, el trasplante renal y la terapia intensiva para culminar alcanzando repercusión global con el Centro Latinoamericano de Perinatología, ámbito de capacitación para obstetras y pediatras de nuestros países y orgullo latinoamericano.

Paralelamente el Hospital fue madurando en su funcionamiento, instalando una metodología de trabajo que posibilitó su desenvolvimiento armónico, eficaz y eficiente. Se concretó, en función de este proceso, la organización del cuerpo médico, la especificidad y descripción de los cargos, se estableció el presupuesto por programa, sus inventarios quedaron como modelos y la enunciación de los logros podría extenderse, ya que cumplimentaba todos los requisitos y condiciones de un hospital moderno en función de la realidad del País.

Hay igualmente aspectos que merecen resaltarse, como la política permanente de capacitación de su propio personal y la importancia concedida a la docencia tanto de pregrado como de las especializaciones, así como la Escuela Universitaria de Enfermería de la inolvidable Dora Ibarburu, en tanto las investigaciones cubrían no solo las áreas tradicionales básica y clínica sino que atendían también a las variables sociales y a los servicios de salud, enfoque novedoso por aquellos años.

A riesgo de caer en injusto olvido con otros emprendimientos valiosos y en función de mis recuerdos, me permito rescatar, como adelantado a su tiempo, la idea de desarrollar un área programática que significaba un plan de atención primaria ligada al Hospital, varios años antes de Alma Ata. El proyecto elaborado por Aron Nowinski en el Centro Latinoamericano de Administración Médica en Buenos Aires puede servir aun hoy como modelo para el desarrollo de las redes de atención tan promocionadas en la actualidad.

Todo este desarrollo se desenvolvió con las características de un proceso continuo, con una visión global de la atención y respondiendo a la filosofía que lo inspiraba: la puesta en práctica de lo que se consideraba la misión social de la Universidad y de las Facultades de Medicina: contribuir a la mejor atención de la salud y la enfermedad y a su equidad.

Pero quizá lo más destacable de todo este proceso era la atmósfera que se respiraba en el hospital: era visible el sentido de responsabilidad y de participación que se advertía en todo su personal, que se sentía formando parte integrante de un equipo que cumplía plenamente su cometido y que pude comprobar en mis visitas frecuentes, ya que estábamos en plena producción de *"Medicina*

Sanitaria y Administración de Salud" que aprovechó toda esa experiencia. En última instancia no era sino una expresión del concepto de capital social, tal como lo explicitan hoy economistas y sociólogos como complemento de las clásicas categorías de capital y que está adquiriendo tanta relevancia en el campo de la salud.

Bienvenida pues esta historia del Hospital de Clínicas de Montevideo, ya que las miradas retrospectivas son valiosas cuando permiten rescatar logros, valores y afectos para proyectarlos al futuro y señalar las líneas de desarrollo y de transformación que nuestro tiempo exige.

Y así lo han entendido sus autores con esta magna contribución, tendiendo puentes hacia el futuro, señalando la necesidad de superar viejas dicotomías, y adaptarse a los nuevos tiempos, haciendo frente a las demandas de hoy e integrando al Hospital, con su filosofía, su alta capacidad técnica y calidad asistencial, a un sistema de atención eficaz, humanizado, eficiente y equitativo para toda la población del Uruguay.

Abraam Sonis
Decano de la Facultad de Medicina
Universidad Maimónides
Buenos Aires

INTRODUCCIÓN

I

El Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" es una de las instituciones emblemáticas de la Medicina Nacional. Como hospital-escuela, tiene una larga tradición, que tal vez las generaciones actuales no tuvieron ocasión de conocer. Pero en la génesis de su idea, que arranca en el último tercio del siglo XIX, participaron los primeros Maestros de la Medicina uruguaya. Luego otros decanos y rectores tomaron a su cargo las sucesivas etapas de continuar bregando, como auténticos líderes, por la concreción de ese propósito, respaldados por la activa participación de los docentes, profesionales y estudiantes que permanentemente siguieron con atención y entusiasmo el desarrollo de las realizaciones y fueron de apoyo indispensable para con su permanente reclamo alcanzar las metas establecidas.

Algunos, como Manuel Quintela, nuestro primer profesor de Otorrinolaringología, dejaron la vida en el intento, luego de haber batallado largos años para concretarlo, desde la Universidad y desde el Parlamento, logrando la sanción de la **ley del 14 de octubre de 1926**, que autorizaba la construcción del Hospital de Clínicas y encabezando la primera Comisión Administradora que daría cuerpo al proyecto. Incluyendo una larga investigación en el exterior, visitando, junto a un destacado arquitecto, los más modernos centros hospitalarios de América y Europa.

Otros, como los Decanos Julio C. García Otero, Abel Chifflet y Mario A. Cassinoni, pudieron ver la obra culminada y enfrentar otros desafíos: ponerlo en funcionamiento y dotarlo de los mejores recursos humanos, con los que el país no contaba.

II

Hace más de veinte años, en 1988, Jorge Lockhart, profesor de Urología de la Facultad de Medicina, publicó una Historia del Hospital de Clínicas.* Dicho libro puede considerarse el primer intento por producir una visión global del proceso de construcción del Hospital, acompañándolo de importante iconografía, testimonios personales y anécdotas que permitían conocer algunos hechos valiosos y aún pintorescos. Hugo Villar dictó decenas de conferencias a lo largo de las décadas, para reseñar la historia del Hospital con un criterio diferente, desde la vivencia de compartir el proyecto con el Arquitecto Carlos Surraco, que había sido autor del proyecto y dirigido la ejecución del edificio y continuó siendo su asesor. Aportó mucha información en esas conferencias. Una de esas manifestaciones, conferencia dictada en el Sindicato Médico del Uruguay en el año 2003, en ocasión del Cincuentenario del Hospital, se publicó en la *Revista Médica del Uruguay*, cinco años más tarde, bajo forma de editorial.**

III

Para rescatar esa rica historia, que está jalonada de dificultades, encuentros y desencuentros con los diferentes Poderes del Estado, y que signó a varias generaciones, es que fue elaborada esta Historia del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". La idea surgió de sus primeros directores uruguayos: Hugo Villar y Aron Nowinski.

Circunstancias diversas impidieron que Hugo Villar, quien fuera su primer Director nacional, y cuya semblanza incorporamos en otro lugar, participara activamente en la redacción de esta obra. Otros compromisos contraídos con anterioridad y la confianza en uno de sus eternos compañeros de equipo le aliviaron de esa tarea. Ya en octubre de 2003, junto con Aron Nowinski, habían tenido la iniciativa de realizar una publicación que contuviera la Historia del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Paralelamente, a instancias de la Dirección del Hospital, Eduardo Wilson y un grupo de colaboradores organizaron, en setiembre del mismo año, una rica exposición, con motivo del Cincuentenario de la puesta en funciones del Hospital, rescatando valiosos documentos, iconografía y equipos, que fueron largamente exhIbídos en el Salón *Arq. Carlos Surraco*. Ambas iniciativas felizmente concluyeron en una obra común que es la que hoy presentamos. Villar no ha podido participar en esta elaboración, pero su espíritu estuvo siempre junto a nosotros en la tarea de rescatar esa memoria,

* Lockhart J: Historia del Hospital de Clínicas. Montevideo, 1988, Librería Médica Editorial, 78 pp.

** Villar H: 55 años del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". *Rev Med Uruguay* 2008, 24:155-160.

honrando la obra, a sus constructores y a los trabajadores silenciosos que hicieron del Hospital de Clínicas el orgullo del Uruguay en el siglo XX.

Graciela Ubach, que ejerció durante diez años la Dirección del Hospital, nos convocó en julio de 2007, para iniciar esta tarea. Ella nos alentó a integrarnos en un equipo que trabajó con ahínco, desde diversas disciplinas. Reunió lo que fueron planteos e iniciativas desde los primeros tiempos de la Facultad de Medicina, hasta la concreción de la Ley que le diera creación al Hospital, permitiendo su construcción; luego la **ley del 27 de junio de 1950**, que determinó su administración por la Universidad y la Facultad de Medicina; después la formación del personal de todas las categorías necesario para ponerlo en funcionamiento hasta la progresiva habilitación y comienzo de sus actividades.

De ahí que haya sido necesario abordar los comienzos de la Escuela Universitaria de Enfermería, actual Facultad de Enfermería, la Escuela de Graduados, la Escuela de Dietistas, luego denominada de Nutrición y Dietética, la Escuela de Colaboradores del Médico, hoy designada Escuela de Tecnología Médica. Resultaba indispensable, a la luz de la concatenación de los hechos, mencionar los hitos de estas organizaciones, surgidas como consecuencia del compromiso asumido por la Facultad de Medicina en la conducción del Hospital Universitario. Porque el Hospital de Clínicas no sería posible concebirlo sin la valiosa colaboración de sus funcionarios en todas sus categorías y de diferentes vertientes. Esta realidad comprende no solo a las clínicas médicas, quirúrgicas y de especialidades integradas hoy al Hospital, con sus profesores y cuerpos docentes, sino también a los que cada día con su contribución al trabajo común, hacen realidad esta institución de servicio.

Con el aporte de historiadores y de investigadores en diversos fondos documentales, registros de la prensa de las más variadas épocas, y desde luego en las Actas del Consejo de la Facultad de Medicina y de la Comisión Directiva del Hospital, se pudo constituir una sólida base informatizada que permitirá a quienes deseen indagar en el futuro sobre aspectos parciales de esta historia y profundizar en cualquiera de sus campos, disponer con mayor exactitud de las fuentes más ricas, a las que por la naturaleza de este trabajo, no podemos dar cabida aquí.

El análisis del momento que vivía la Arquitectura de nuestro país y la visión técnica de la construcción hospitalaria fueron elaborados por Jorge Sierra, docente de Historia de la Facultad de Arquitectura de la Universidad de la República (UDELAR).

El relevamiento fotográfico existente en el propio Hospital, generado por la afición de su arquitecto Carlos Surraco, un apasionado de la construcción del monumental edificio y de la fotografía, comprendió también otras fuentes. Se consultaron los archivos del Instituto de Historia y del Servicio de Medios Audiovisuales de la Facultad de Arquitectura de la UDELAR y del Servicio Oficial

de Difusión Radioeléctrica (SODRE), que reunían piezas que es necesario rescatar para comprender la dificultad de la tarea constructiva en tiempos en que la tecnología no era tan abundante como hoy, y donde el trabajo humano y animal debían suplir la carencia de otros sistemas.

Los antecedentes de la Escuela Universitaria de Enfermería, de la Escuela de Colaboradores del Médico, la Escuela de Dietistas o Nutricionistas, y otras organizaciones que fueron fundadas en torno a la necesidad de proveer técnicos al Hospital, fue realizada por un esfuerzo notable de Soledad Sánchez Puñales, quien tuvo a su cargo la Dirección de la Escuela Universitaria de Enfermería durante muchos años y fue autora de una excelente *Historia de la Enfermería en el Uruguay*.

El fondo documental reunido durante décadas por Aron Nowinski, que integró con Hugo Villar y Julio Ripa el equipo de Dirección del Hospital, fue un aporte fundamental para rastrear datos, documentos, fechas, y reconstruir buena parte de la historia del funcionamiento, adaptación, y circunstancias de esta realización universitaria. Su colaboración y compromiso con la tarea, y su constante aporte crítico a la construcción permanente de ella fueron de relevante valor para lograr el producto final.

IV

Nuestro propósito al concretar esta obra fue mostrar las líneas principales del desarrollo de un sueño hasta hacerlo un conjunto de realizaciones concretas, que permitió desde su puesta en funcionamiento y más tarde su afirmación con todos los servicios funcionando, generar un polo de transformación en materia de calidad de atención médica en el país. Esto fue posible por la incorporación gradual, durante muchos años, en el marco de un programa pautado por diferentes proyectos, de las innovaciones concebidas, muchas de las cuales fueron pioneras en el Uruguay. Durante las primeras décadas de funcionamiento del Hospital se fueron sembrando actividades innovadoras en todas las áreas de la Medicina y la organización hospitalaria, que fueron siendo progresivamente incorporadas por el resto de las instituciones de salud, públicas y privadas del país, tomando sus realizaciones como modelo a tener en cuenta. Así se produjeron las mayores innovaciones tecnológicas, la introducción del programa de asistencia progresiva, que culminó con la organización del primer Centro de Tratamiento Intensivo en el País; se organizó el Departamento de Cardiología de mayor desarrollo nacional; se pudo mostrar con orgullo el Instituto de Neurología, que resultó ser modelo para la formación de especialistas en el Continente; se desarrolló el primer Centro de Perinatología del País, que luego sería promovido a Centro Regional por la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS); fueron realizados los primeros trasplantes de

órganos en Uruguay, y así sucesivamente con múltiples actividades, en todos los campos, que pusieron en alto el prestigio de la Medicina nacional y de su organización a través del hospital universitario. En la administración de recursos humanos, se tradujo en innovaciones en materia de especificación y descripción de cargos en todos los escalafones; en la edición de publicaciones internas diversas, docentes y de organización de servicios, destacándose en especial las realizadas por el Departamento de Enfermería; y en la tipificación de actos quirúrgicos que sirvieron para modelar la actividad médica en el ámbito privado, manteniéndose en gran parte hasta el presente. Esto involucró también la jerarquización de la profesión de Enfermería, que alcanzó niveles de excelencia, como antes no se habían conocido en el país. A estos aportes al desarrollo de la comunidad de atención de la salud se sumó también, junto al mantenimiento de una biblioteca especializada, la incorporación de la enseñanza sistemática a todo nivel de la administración de servicios de salud, así como la organización de cursos y la participación en actividades sociales que buscaban en las autoridades del Hospital el respaldo a múltiples iniciativas de cambio y transformación de la realidad sanitaria nacional.

Muchos de esos objetivos fueron logrados. Otros, en cambio, fueron enunciados y promovidos, pero no alcanzados, por diversas circunstancias. Entre ellos, la concreción de un programa de acreditación de hospitales, aspiración que siempre estuvo presente en los propósitos de las autoridades del Hospital, habiéndose dado algunos pasos en esa dirección. Durante más de medio siglo se introdujo en el sector salud el concepto de calidad y la necesidad de la auditoría médica que debería evaluar el desempeño, conforme a las mejores normas establecidas por colegas y cuyo principal objetivo era educativo y no punitivo. Años más tarde, se plantea el concepto de garantía de calidad y la acreditación de servicios e instituciones como un proceso permanente a desarrollar por los servicios de atención médica.

V

Luego de amplio intercambio de ideas llegamos a la conclusión de que esta Historia del Hospital de Clínicas debía finalizar en 1974, cuando con la intervención de la Universidad de la República, de la Facultad de Medicina y del propio Hospital cerraban un ciclo de autonomía universitaria, que tardaría doce años en retomarse. A su vez, los sucesos posteriores a la recuperación democrática del país y de la Universidad, están demasiado frescos en la memoria de todos, y es menester que transcurra un tiempo mayor para que los hechos ocurridos desde entonces, puedan decantar y ser valorados con la debida perspectiva. Por eso, nuestro trabajo abarca desde la idea de tener un Hospital de Clínicas, concebida ya por Pedro Visca a fines del siglo XIX, hasta fines de 1974.

Tal vez la visión compactada de más de cien años persiguiendo un ideal, la erección del Hospital, ayude a encarar con espíritu renovado el futuro, retomando algunas líneas de trabajo hoy olvidadas, reafirmando otras que mantienen total vigencia y eliminando algunas más que el tiempo ha demostrado ser totalmente ineficaces. De una aproximación a esa perspectiva nos ocuparemos en el Epílogo de esta obra.

En definitiva, los datos que aquí se consignan, buscan rendir un sincero homenaje a todos cuantos hicieron posible la concreción de una idea, transformada en realidad, aportando sus capacidades, sus estudios, su trabajo, haciendo posible los cambios que esta construcción produjo en la salud de los uruguayos y su impacto como modelo en el sector.

Advertimos al lector que cada una de las partes en que se divide esta obra tiene numeración propia, tanto de sus fuentes como de sus ilustraciones.

PRIMERA PARTE

CONCEPTO DE HOSPITAL

"No es extraña la tendencia de algunos a mirar el Hospital como una colección más o menos ordenada de ladrillos, otros materiales y equipos. Se admira la belleza arquitectónica del nuevo hospital y sus equipos modernos. Sin embargo, la esencia del hospital no está en la planta física. Está en su estructura orgánica, en sus normas de función, en sus sistemas operantes, en su estructura moral".

Guillermo Almenara
Director del Hospital de Clínicas*

* Discurso de despedida del 29 de diciembre de 1960 (FDAN)

PRIMERA PARTE

CAPÍTULO I
Evolución del concepto de hospital

CAPÍTULO II
Los establecimientos hospitalarios
y el debate disciplinar

CAPÍTULO III
La atención de la salud y los hospitales en Uruguay entre los siglos XIX y XX

CAPÍTULO I

EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE HOSPITAL

Generalidades
Doctrina
Funciones
Edificios
Equipos y materiales
Personal
Usuarios
Área o ámbito de acción
Financiamiento
Administración

Se transcribe en forma casi completa, solo con algunos mínimos agregados necesarios por el tiempo transcurrido, el capítulo que con el mismo título integrara el segundo tomo del libro de Abraam Sonis y colaboradores[1,2], cuyos autores fueron Aron Nowinski, Julio C. Ripa y Hugo Villar[3]. Se considera de imprescindible lectura este capítulo, que se incluye como una ayuda para obtener un panorama sintético de lo que ha significado para el proceso de atención de salud la incorporación y perfeccionamiento de la estructura y funciones del Hospital. Aunque fue redactado a comienzo de los años 70 del siglo pasado, mantiene en términos generales plena vigencia. Naturalmente, el destino original del mismo ha sido integrar una sección del libro de Administración de Salud, que luego desarrollaba en otros capítulos aspectos particulares allí expuestos. Quienes deseen mayor amplitud de información podrán recogerla en el

libro mencionado arriba, y respecto de la historia de los hospitales, consultando el artículo de Antonio Turnes en Internet[4].

Generalidades

El hospital es, quizá, la institución social que ha experimentado mayores y más profundas transformaciones durante las últimas décadas. Tales transformaciones, iniciadas a fines del siglo XIX, se intensificaron progresivamente en el correr del siglo XX y especialmente en sus últimos treinta años, de modo tal que podríamos decir asistimos a un verdadero proceso revolucionario, en materia de hospitales, proceso actualmente en pleno desarrollo.

Sin embargo, y como sucede en los demás aspectos de la evolución socioeconómica de los pueblos, la situación es muy diferente en distintas partes del mundo. El progreso alcanzado por los hospitales es muy dispar, y en general muestra un estrecho paralelismo con el desarrollo socioeconómico que caracteriza a las diferentes regiones del mundo, naciones y zonas que componen un mismo país.

Esto hace que, dentro de una misma nación y naturalmente en distintos países, encontremos en el momento actual hospitales muy diferentes, y es obvio que no nos referimos a las lógicas variaciones de tamaño y complejidad. Las diferencias no se aprecian únicamente en los aspectos físicos – los más fácilmente identificables – sino que son de esencia y se relacionan con contenidos doctrinarios y definiciones políticas.

Se aprecia entonces una gran disparidad de conceptos en cuanto a los propósitos, las funciones, la estructura de organización, los sistemas de administración, las formas de financiación y el papel que los hospitales deben jugar dentro de los dispositivos de atención médica y en relación con otros sectores del sistema social en general.

Es así como existen en funcionamiento hospitales que representan los más diversos períodos en el desarrollo histórico de estas instituciones, a veces con diferencias tales entre sí que casi podría decirse que solo tienen en común el nombre de hospital.

La perspectiva histórica nos muestra que el actual concepto de hospital, que procuraremos desarrollar en el presente capítulo, poco tiene que ver con el de los períodos que precedieron al siglo XX. No intentaremos un estudio histórico pormenorizado sobre la evolución de los hospitales, ni tampoco procederemos a una mera descripción cronológica. Consideramos, en cambio, que puede resultar de utilidad formular algunas reflexiones que nos permitan ubicarnos mejor en el momento histórico en que vivimos.

Con una finalidad esencialmente didáctica, procuraremos analizar en qué aspectos se han venido desarrollando las modificaciones y en qué consisten.

Para ello trataremos de formular un paralelismo entre el *hospital del pasado* y el *hospital del presente,* con el propósito de elaborar un esquema que nos permita visualizar fácilmente la evolución del concepto de hospital. Como ocurre con todo esquema, el que vamos a desarrollar supone una serie de abstracciones y generalizaciones. No se trata de comparar *un* hospital del pasado con *un* hospital del presente. Se trata, en cambio, de expresar en forma sintética y sencilla los rasgos esenciales comunes a los hospitales del pasado junto con aquellos que van sirviendo para caracterizar conceptualmente al hospital del presente, en lo que respecta a la aplicación de los conocimientos científicos, de los avances tecnológicos, y de aquellos valores éticos que en el momento actual son más aceptados a nivel universal.

El tema, sin embargo, es de extraordinaria complejidad, y por tanto se presta a enfoques muy dispares y opiniones muy diversas. Nuestro propósito no es abarcarlo en su totalidad ni dar una visión acabada, sino que se trata, por el contrario, de estimular la reflexión y el análisis crítico por parte de los estudiosos. En consecuencia, analizaremos sucesivamente la evolución experimentada en cada uno de los siguientes aspectos: Doctrina - Funciones - Edificios - Equipos y materiales - Personal - Usuarios - Área o ámbito de acción - Financiamiento - Administración.

Doctrina

a) Durante siglos los hospitales se crearon con el propósito esencial de asegurar albergue a grupos sociales desposeídos, a personas carentes de suficientes recursos económicos como para pagar la asistencia médica. Debemos tener presente que la atención médica se brindaba en el consultorio particular del médico o en el domicilio del paciente, y que se cumplía mediante el pago directo de servicios. Los hospitales se fueron creando para atender a aquellas personas sin capacidad de pago, basados en un sentimiento de amor al prójimo e impulsados por el concepto de caridad cristiana. Y así se llamaron, precisamente, en muchos casos: hospitales de caridad o de beneficencia. También cumplían un propósito de aislamiento o de segregación de determinados pacientes; un ejemplo típico en este sentido fueron los leprosarios, que llegaron a contarse por millares en los países europeos.

Naturalmente que el avance de los hospitales nunca alcanzó para solucionar el problema de los grupos marginados, o de aquellas poblaciones dispersas y poco desarrolladas, diseminadas en áreas rurales, en las cuales numerosísimos grupos sin recursos económicos suficientes enfermaban y morían sin recibir atención médica.

b) En las últimas décadas esa doctrina fue transformándose al incorporarse, a nivel universal, el reconocimiento expreso del derecho a la salud, con

lo cual la filosofía de base de los hospitales se vio enriquecida. Manteniendo toda su vigencia el sentimiento de amor al prójimo, se considera que el hospital constituye la respuesta que brinda la sociedad organizada al derecho a la salud. En otras palabras, el reconocimiento de que todo ser humano, sin distinción alguna, tiene derecho a gozar de un estado de salud, a ser protegido contra las enfermedades, y a recibir servicios curativos en caso de haberlas contraído.

Desde el punto de vista doctrinario, entonces, el hospital incorpora el propósito de *asegurar servicios de atención médica con alcance integral y dirigidos a toda la comunidad a la que sirve.*

Funciones

En el hospital del pasado alcanzaba una especial relevancia la función de asegurar albergue, es decir, techo y comida a quienes carecían de hogar o no podían recibir asistencia en su propio domicilio. Es esa función, precisamente, la que da origen al nombre de hospital. En la mayoría de los casos la responsabilidad de su funcionamiento estaba a cargo de órdenes religiosas, y entonces también se asignaba especial jerarquía al apoyo espiritual.

Pero además el hospital fue tradicionalmente un lugar destinado a la recuperación de enfermos. Sin embargo, las limitaciones del conocimiento científico hacían que la eficacia de la atención médica fuera muy reducida. Altos porcentajes de mortalidad general y posoperatoria, además de elevados índices de infección y otras complicaciones, caracterizaron durante largo tiempo el resultado de la atención en los hospitales.

Y estos resultados constituyen algunos de los factores que explican el temor, todavía vigente en ciertos grupos sociales, ante la hospitalización, el acto quirúrgico y otros procedimientos. "Los hospitales ayudan a bien morir", se decía por entonces de manera expresiva; "preparan espiritualmente para enfrentar la muerte en paz y con resignación".

El hospital actual amplió progresivamente sus funciones. Estas funciones, que serán analizadas más adelante, pueden agruparse en tres categorías esenciales:

1. Función de atención médica con alcance integral. Siguiendo el concepto actual, el hospital debe participar en el desarrollo de cada una de las grandes actividades que abarca la atención médica: promoción, protección, recuperación y rehabilitación.

Para que ello se cumpla en la realidad, el hospital debe asumir progresivamente la responsabilidad de cuidar integralmente el nivel de salud de una comunidad definida. Ya no basta, entonces, con el criterio tradicional de actuar únicamente en respuesta a las demandas generadas por la enfermedad, sino que aparece la necesidad de tomar iniciativa, de comprometerse en actividades

dirigidas a los sanos, de operar sobre la colectividad procurando la detección precoz de las enfermedades, y de participar activamente en los procesos de recuperación y rehabilitación. Además, el hospital debe desarrollar actividades dirigidas al ambiente; a mejorar el medio natural y social en el cual vive la propia comunidad.

2. Función de educación. Durante siglos, la formación clínica de los estudiantes de medicina y el proceso de especialización de los médicos se llevó a cabo en los hospitales públicos, utilizando para ello esencialmente a pacientes que recibían asistencia gratuita. Era una especie de compensación mutua de servicios.

En el momento actual se considera que todos los hospitales, cualquiera que sea su tipo, deben desarrollar tareas de educación. En su expresión más limitada, dirigidas al mejoramiento de su propio personal y a la educación sanitaria de la comunidad correspondiente, y en su grado máximo, promoviendo además una educación de nivel universitario para estudiantes y graduados de todas las profesiones y actividades tecnológicas relacionadas con el sector salud. En el terreno específico de la atención médica, la tendencia es la de ampliar los campos de práctica usando todos los recursos disponibles, y para ello, naturalmente, los servicios están obligados a satisfacer determinados requisitos básicos.

El estudiante debe conocer todas las modalidades de prestación de servicios de atención médica. Para decirlo gráficamente, la educación debería seguir a la atención médica como la sombra al cuerpo. La enseñanza no puede ser considerada como un tributo obligado que resignadamente deba pagar el enfermo del hospital público, sino como un acto natural que acompaña a la atención médica allí donde ésta se cumple. Si se lo hace con el necesario respeto y con la consideración que cada individuo merece, la enseñanza no sólo no debe menoscabar al paciente sino que, por el contrario, servirá para dignificar aún más al que brinda el servicio y al que lo recibe. Esto es así porque el proceso aparece enriquecido y ennoblecido por una de las tareas más generosas del ser humano, la de enseñar, y mejorado por una labor de tanta relevancia social como es la de aprender. Y quien colabora en el proceso, como ocurre con el paciente, merece la mayor consideración y el máximo respeto.

Muchos prejuicios quedan por superar y muchos falsos conceptos por corregir. Seguramente podrá contribuir a ese propósito el hecho conocido y demostrable objetivamente, de que la calidad de la atención médica se eleva cuando simultáneamente se desarrollan funciones docentes.

3. Función de investigación. Todo hospital puede y debe desarrollar esta función. Depende no tanto de sus recursos, como de la actitud de su personal, de su espíritu crítico, de su afán de progreso, de su capacidad de iniciativa, de su poder de imaginación y de la metodología científica que sea capaz de aplicar.

Nos referimos a la investigación médica, relacionada con los aspectos biológicos, psíquicos y sociales del proceso salud-enfermedad, y a la investigación administrativa, orientada a aspectos de planeamiento, a las estructuras de organización, a los sistemas de administración de los recursos humanos, materiales y financieros, a los procesos de toma de decisión, a los tipos de supervisión, a las modalidades de coordinación y a las diferentes formas de evaluación de servicios.

Edificios

En los siglos anteriores, los edificios ocupados por los hospitales tenían un diseño sencillo. Podríamos decir, entonces, que el hospital del pasado era simplemente una “casa grande” dotada de amplias salas destinadas a la hospitalización de pacientes. Aparte de eso, muy poca cosa más: una gran cocina donde se aplicaban (solo que en mayor escala) los procedimientos domésticos habituales, algunas facilidades de alojamiento para cierto personal, servicios higiénicos generalmente escasos, etc. No existían los actuales servicios especiales de diagnóstico y tratamiento, ni tampoco salas diseñadas específicamente para cirugía u otros procedimientos.

Las salas de hospitalización, en general de gran tamaño, albergaban varias decenas de camas dispuestas en dos o más filas, con escasa separación entre ellas; se procuraba utilizar al máximo el espacio disponible para aumentar así la capacidad de albergue. Las camas, a su vez, eran muchas veces compartidas por más de un paciente, según la demanda de hospitalización.

Tanto la segregación de enfermos por sexo como el agrupamiento por tipo de enfermedad comenzaron a aplicarse sobre bases científicas durante el siglo XIX, a medida que se fue identificando la etiología de los distintos procesos patológicos.

El hacinamiento en los hospitales se agravaba por deficientes condiciones ambientales, escasa ventilación, insuficiente higiene, etc. Tengamos presente que los trascendentales descubrimientos de Pasteur – que constituyen la base de la bacteriología y del desarrollo de métodos científicos de prevención, junto con los fundamentos para una terapéutica etiológica – se produjeron entre 1860 y 1870, y que los procedimientos de la antisepsia preconizada por Lister se aplicaron a partir de 1873.

La gran mayoría de las veces el hospital formaba parte de un templo, y su estilo arquitectónico era entonces el de las grandes iglesias: gruesos muros, con ventanas escasas y pequeñas decoradas con vitrales, delimitaban las enormes salas, de aspecto lúgubre, creando una deprimente sensación de enclaustramiento, de aislamiento del mundo exterior. Naturalmente que en esas condiciones la

arquitectura hospitalaria no constituía una especialidad, sino que se trataba de construcciones simples que no creaban problemas específicos.

El hospital del presente requiere un edificio que es excepcionalmente complejo en su planeamiento, su construcción, su operación y su mantenimiento. Se puede decir que, especialmente en el caso de los grandes hospitales, estos edificios son los más complejos de proyectar. En su planeamiento debe participar un grupo multidisciplinario de especialistas preparados para esa finalidad y la arquitectura de hospitales constituye una especialidad perfectamente definida que ha alcanzado gran desarrollo.

El hospital, como edificio debe ser un centro asistencial armónicamente integrado al ambiente urbano; de fácil acceso para la población; bien orientado en relación con los factores climáticos (trayectoria solar, vientos dominantes); de líneas simples y proporciones armoniosas, con espacios dispuestos según un ordenamiento debidamente sistematizado, que responda a las necesidades creadas por las múltiples funciones a cumplir; con entradas y circulaciones que faciliten la orientación, el desplazamiento sin dificultades, el trabajo ordenado y la clara delimitación de áreas de finalidades diferentes.

Deben procurarse las soluciones más simples posibles en función de los múltiples y complejos problemas a resolver. Para que luego, durante el funcionamiento, cada persona que en él trabaje, estudie, utilice sus servicios o lo visite, se sienta insensiblemente como llevada de la mano y no encuentre obstáculos como consecuencia de soluciones espaciales complejas o rebuscadas.

Estará rodeado por espacios verdes integrados arquitectónicamente a las diversas secciones del edificio; con suficientes sectores para el estacionamiento de vehículos, correctamente ubicados; bien iluminado, con una decoración proyectada desde las etapas iniciales del planeamiento y sobre la base de un trabajo armónico entre el arquitecto, los pintores y decoradores; utilizando el color como elemento estético y adecuado a la finalidad de cada ambiente.

Deberá ser construido con la preocupación permanente de que la disposición de las instalaciones, los materiales de construcción y el equipo incorporado, faciliten al máximo los trabajos de mantenimiento y las reparaciones que sean necesarias. Y todo ello procurando que el tipo de construcción tenga la máxima flexibilidad posible, con el fin de que el edificio sea suficientemente dúctil como para adaptarse a una época de aceleradas y profundas transformaciones.

Equipos y materiales

Antes del siglo XX, los equipos y materiales con que contaba el médico para su labor asistencial eran escasos, sencillos y de bajo costo.

El diagnóstico estaba basado casi totalmente en la capacidad clínica del médico, es decir, en la información que podía lograr mediante el interrogatorio

y el examen físico del paciente, utilizando sus propios sentidos, y luego, sobre la base de la experiencia adquirida, en su propia capacidad de razonamiento. Por su parte, los recursos instrumentales auxiliares eran rudimentarios.

Para la terapéutica se disponía asimismo de escasos recursos. El arsenal medicamentoso estaba constituido esencialmente por hierbas medicinales y derivados simples, poco elaborados. Hasta 1880, aproximadamente, la mayoría de los medicamentos seguían siendo sustancias naturales. Muchos hospitales disponían de huertas donde el personal religioso, en particular, cultivaba las plantas que luego se usaban con fines terapéuticos.

El tratamiento quirúrgico se hallaba tremendamente limitado hasta mediados del siglo XIX. La cirugía se debatía contra tres grandes enemigos: el dolor, la hemorragia y la infección.

Con respecto al dolor, hasta ese momento los cirujanos habían tenido que conformarse con el uso de anestésicos de acción insuficiente, utilizándose como narcóticos los cocimientos o extractos alcohólicos de ciertas drogas como la mandrágora o el opio. También se conocía el efecto analgésico de las bebidas fuertemente alcohólicas.

La época de la anestesiología científica se inició en 1846, cuando un dentista norteamericano, William T. Morton, practicó en un hospital de Boston una anestesia basada en la inhalación de éter, en un paciente que debía operarse de un tumor cervical. En 1847 James Y. Simpson, en Edimburgo, utilizó por primera vez el cloroformo en lugar del éter; y en 1855 el neurólogo Leonard Corning introdujo la anestesia local y la raquianestesia por inyección de cocaína.

Con respecto a la hemorragia, Karl Landsteiner descubrió en 1900 los grupos sanguíneos, hecho de capital importancia que permitió realizar transfusiones de sangre sin riesgos para el paciente.

En cuanto a la infección, su prevención se pudo iniciar sobre bases científicas a partir de los descubrimientos bacteriológicos de Louis Pasteur, en la década de 1860-1870, y los de Joseph Lister (1873) en el campo de la antisepsia.

También de gran importancia para los hospitales fue la introducción de la esterilización por vapor, gracias a los trabajos de Ernst von Bergmann, que marcaría el comienzo de la asepsia quirúrgica.

En la época actual la acelerada evolución del conocimiento científico y los gigantescos progresos alcanzados en el terreno tecnológico ponen a disposición del hospital recursos materiales excepcionalmente numerosos, muchos de ellos de enorme complejidad, cuya adquisición demanda la inversión de cuantiosos recursos.

Resulta imposible intentar una reseña completa de los avances producidos en la materia, pero a los fines de nuestro esquema bastaría con mencionar algunos ejemplos, los suficientes como para comprender la profunda trasformación

alcanzada por el hospital durante el siglo XX. En lo esencial, el proceso condujo a la incorporación de un nuevo grupo de servicios que englobaremos bajo la denominación de Servicios Especiales de Diagnóstico y Tratamiento, entre ellos los siguientes:

En 1895, Wilhelm C. Roentgen descubrió los rayos X, y en 1896 se inventó la pantalla fluoroscópica. A partir de entonces la aplicación de este descubrimiento dio origen a una nueva especialidad médica, la Radiología, que en la actualidad constituye el departamento más costoso de equipar y un servicio esencial como complemento de diagnóstico y tratamiento.*

Los laboratorios de patología clínica, incorporados en las últimas décadas, aplican al campo de la atención médica los progresos que, desde la segunda mitad del siglo XIX, se registraron aceleradamente en la biología, patología celular, bioquímica, inmunología, bacteriología y fisiología, permitiendo la realización de innumerables análisis en los terrenos respectivos.

La fisiatría se desarrolló sobre la base de descubrimientos como la corriente de alta frecuencia, por parte de Arséne d'Arsonval en 1887, y la fototerapia por Niels R. Finsen en 1893. En el momento actual contamos con equipos que han incorporado los más modernos métodos de terapia física en sus diferentes formas: la electricidad, el frío, el calor, las radiaciones luminosas, la onda corta, el ultrasonido, el radar, la mecano y masoterapia, las prótesis externas, etc.

La anestesiología ha facilitado mediante la aplicación de nuevas drogas y procedimientos, la realización de intervenciones quirúrgicas espectaculares como las que hoy permiten corregir malformaciones o secuelas patológicas, los trasplantes de órganos y tejidos, y la implantación de prótesis u órganos artificiales en forma temporaria o permanente.**

De la misma manera los servicios clínicos, indiferenciados hasta hace poco, fueron adquiriendo progresiva complejidad, determinando la aparición de las especialidades clínicas. Estas especialidades exigen la utilización de equipos, instrumentos y materiales complementarios, y han llevado a la paulatina departamentalización de los servicios clínicos del hospital.***

Precursores de la tecnificación de las especialidades fueron la invención del oftalmoscopio, por Hermann von Helmholtz en 1851; del otoscopio, da-

* Desde que se escribiera este capítulo hasta la fecha (2011) es conocido el desarrollo explosivo que ha tenido la radiología, hoy imagenología, con la incorporación de la Tomografía Computada, la Ultrasonografía en todas sus variedades, la Resonancia Magnética y, con el agregado de técnicas invasivas, la radiología intervencionista, creándose así las múltiples subespecialidades de hoy día. (Nota de los autores de este libro)

** A esto se debe agregar el desarrollo vertiginoso de técnicas quirúrgicas que, como la microcirugía y la cirugía endoscópica, han hallado infinidad de aplicaciones y magníficos resultados. (Nota de los autores de este libro)

*** Es un ejemplo de lo anterior la hematología, que a través de la incorporación de los implantes de médula ósea y de células madres ha revolucionado los conceptos antiguos. (Nota de los autores de este libro)

do a conocer por Friedrich Hoffmann en 1841; del cistoscopio, por Max Nitze en 1879 (con el cual se iniciaron los procedimientos endoscópicos), y del galvanómetro de hilo (Willem Einthoven, 1902) para registrar las corrientes eléctricas cardíacas, que dio origen a la electrocardiografía.

En los últimos años, la medicina ha ampliado enormemente sus posibilidades mediante la utilización de aparatos que sustituyen temporariamente el funcionamiento de uno o más órganos. Algunos ejemplos en este sentido fueron el riñón artificial, creado por Williem J. Kolff; el corazón-pulmón, ideado por John Gibbon y empleado por primera vez con éxito en 1953; los marcapasos y los equipos que permiten la visualización y registro de diversos parámetros fisiológicos.

A su vez, el número, la complejidad y el costo de los recursos humanos y materiales necesarios, ha llevado a revisar los criterios de división del trabajo y a incorporar nuevas formas de organización, que toman esencialmente en cuenta los requerimientos de los pacientes. Todo esto obligó a disponer los recursos en diferentes niveles de complejidad, dando origen al concepto de cuidado progresivo, que ha llevado a la instalación de Centros de Tratamiento Intensivo poli y monovalentes.

La terapia medicamentosa, con la fabricación de medicamentos por aislamiento del principio activo, inició una nueva época en la historia de la farmacia. Algunos de los grandes jalones en este campo fueron el aislamiento de la morfina en 1804, el de la estricnina en 1818, y el de la quinina en 1820. Efectos igualmente trascendentes habría de tener el invento de la jeringa para inyecciones hipodérmicas, realizado por Charles G. Pravaz.

La industria farmacéutica empezó a desarrollarse como tal a fines del siglo XIX, apoyada en dos pilares fundamentales: el desarrollo moderno de la ciencia médica, impulsado por los trabajos de Claude Bernard, y el desarrollo de la química orgánica y de síntesis.

Hacia 1900 se comenzó a comprender que la química orgánica podía hacer aportes trascendentes al campo de la terapéutica. La Primera Guerra Mundial mostró la importancia de esta industria y la fabricación de medicamentos en gran escala adquirió un enorme desarrollo, progresando vertiginosamente en las siguientes tres décadas. Así, 7 de cada 10 medicamentos empleados en la actualidad tienen menos de 10 años de existencia, y el 90% de los que hoy se usan han sido incorporados en los últimos treinta años.

Pero el progreso científico y el avance tecnológico también abarcaron los aspectos no médicos del trabajo en los hospitales. Y ello se tradujo en la incorporación de modernos equipos a sectores como cocina, lavandería, plantas de generación de vapor y electricidad, talleres electrónicos, servicios de computación, salas de esterilización, etcétera.

Personal

Los cambios experimentados por los hospitales en cuanto a sus recursos materiales resultan espectaculares, y asombrosos los progresos alcanzados en lo que hace a edificios y equipos. Sin embargo, para que esos recursos rindan de acuerdo con sus reales posibilidades, y se logre la necesaria eficacia y eficiencia en la atención médica y demás funciones que cumple el hospital, es absolutamente imprescindible contar con personal adecuado tanto en cantidad como calidad necesaria para las tareas a desarrollar. Y en ese sentido podemos decir que los avances ya alcanzados en muchos hospitales, en lo que respecta al personal, son aún más espectaculares que los registrados en los recursos materiales.

Naturalmente que resulta mucho más fácil percibir lo material. Por ejemplo, apreciar las cualidades de un edificio bien planeado y bien construido, o admirar las posibilidades y excelencias de los equipos médicos. En cambio, resulta mucho más difícil poder juzgar si el personal de un hospital es el adecuado; si tiene la preparación necesaria; si satisface los requisitos para el cargo; si ha sido bien seleccionado, adecuadamente orientado y adiestrado, y racionalmente distribuido; si sabe trabajar con sentido de equipo, coordinando las acciones individuales; y si cumple sus tareas con auténtica vocación de servicio y de solidaridad humana. Es precisamente del personal de quien depende la calidad de los servicios que presta el hospital.

El hospital no puede ser de mejor nivel que su personal. Si el personal no es el adecuado, los mejores edificios se transforman en construcciones ineficaces, y los equipos más modernos y sofisticados en lujo y derroche injustificados.

Lamentablemente, y con mayor frecuencia de la que sería de desear, se observa que los administradores de hospital hacen mucho hincapié en materia de edificios y equipos, pero descuidan todos los aspectos vinculados a la administración de personal, que además de ser los más complejos son los que habrán de determinar, en definitiva, la calidad de los servicios que presta la institución.

Alcanzado este punto de la exposición, consideramos conveniente presentar la siguiente síntesis de los cambios operados en la evolución histórica de los hospitales:

El hospital del pasado estaba dotado de un personal escaso, esencialmente constituido durante siglos por religiosos que llevaban a cabo tareas simples para las cuales obtenían únicamente una preparación empírica, en servicio. Ese personal religioso cumplía su misión con devoción y sacrificio, por compasión y caridad, supliendo en parte con vocación de servicio sus insuficiencias técnicas y científicas.

Las funciones sencillas que realizaba el hospital del pasado requerían una escasa división del trabajo, el cual se llevaba a cabo con fuerte sentido

individualista y sin que se sintiera una especial necesidad de integrar o coordinar los esfuerzos con sentido de grupo.

En determinados períodos históricos, la situación se agravó cuando ciertos hospitales confiaron el cuidado de los pacientes a personal laico, que además de no tener la preparación técnica necesaria, carecía también del espíritu de servicio que caracterizaba a la actividad de los religiosos. En la mayoría de los casos ese personal se desempeñaba en condiciones laborales deplorables: largas jornadas, en ambientes insalubres, trabajando por alojamiento y comida o compensados con bajas remuneraciones. En tales circunstancias el hospital no ofrecía ningún atractivo y el personal no médico era reclutado, entonces, entre los marginados sociales que carecían de profesión y oficio con escasas aspiraciones.

Estos antecedentes sirven seguramente para aclarar ciertos prejuicios que existieron y existen todavía, explicando el por qué muchas familias se oponían y oponen aún a que sus hijos estudien enfermería o trabajen en hospitales.

La función del médico fue ejercida durante siglos por los mismos sacerdotes, que recibían los conocimientos propios de cada época. Cuando posteriormente se crearon las Escuelas de Medicina, los médicos aprendían su oficio trabajando en buena parte en los hospitales. Hasta nuestros días, han sido los hospitales públicos los "talleres" donde sucesivas generaciones de médicos se ejercitaron y realizaron el aprendizaje de la clínica.

Tradicionalmente, entonces, el médico aprendía y enseñaba en el hospital, trabajando en forma gratuita o escasamente remunerada y dedicando a esa actividad pocas horas de su tiempo, generalmente por la mañana. Su fuente de ingresos económicos radicaba en la clientela particular, que pagaba los servicios para ser atendida en su propio domicilio o en el consultorio del médico.

En el hospital del presente la situación ha cambiado radicalmente. El cumplimiento de las funciones mencionadas exige un personal numeroso y capaz de llevar a cabo tareas de enorme diversidad, que abarcan una amplia gama de profesiones, técnicas y oficios, muchos de ellos de especial complejidad. Para el desempeño eficaz de esas tareas se requiere, con pocas excepciones, una capacitación de tipo formal, programada, previa a su ingreso.

Tal complejidad de funciones demanda, a su vez, un alto grado de especialización, no solamente por parte del personal médico sino del resto de los profesionales, lo cual incluye, naturalmente, a los responsables de la administración de los recursos humanos, materiales y financieros.

Como corolario, a medida que se acentúa la división de tareas, aumenta paralelamente la necesidad de un esfuerzo coordinado, del trabajo en equipo, única forma de asegurar que la alta capacidad de cada individuo no se pierda en esfuerzos aislados e ineficaces, y que, por el contrario, se vea enriquecida y potenciada mediante la acción coherente y sistematizada de un equipo de trabajo.

La actividad médica en particular requiere una alta dedicación. En el momento actual existen especialidades que, por los recursos materiales y humanos que demandan, únicamente pueden ser ejercidas en hospitales. Y ello exige que el profesional no solamente utilice el hospital como centro de aprendizaje o de adquisición de experiencia, sino como el núcleo fundamental o exclusivo para sus tareas específicas. Al igual que otros profesionales, debe percibir, en consecuencia, una remuneración acorde con su alto grado de especialización, suficiente como para atender no solo sus necesidades personales y familiares sino para asegurarle, además, una permanente posibilidad de perfeccionamiento profesional.

Por tanto, y para numerosos profesionales, el centro de interés se ha ido desplazando desde el consultorio privado o el domicilio del paciente al hospital, donde se sintetizan sus actividades de atención médica, estudio, educación e investigación. Y ello crea nuevas responsabilidades a la administración, que debe asegurar las condiciones favorables como forma de estimular esa nueva modalidad del trabajo médico.

El hospital debe preocuparse al máximo de que su personal sea de la más alta calidad posible, para lo cual necesitará hallarse en condiciones de competir en el mercado de trabajo y de poder reclutar y seleccionar a los más aptos. Por tanto, un objetivo esencial de la administración será el de asegurar condiciones de trabajo adecuadas para su personal, con el fin de que alcancen una triple adaptación al cargo: técnica, psicológica y económica.

El personal debe recibir una remuneración justa y suficiente, y cumplir sus funciones en un ambiente seguro, en un servicio organizado, con normas y sistemas de trabajo racionales y actualizados, en un clima de libertad que favorezca su iniciativa y estimule su participación interesada, y donde cada uno se sienta respetado, reconocido y moralmente recompensado.

Es necesario procurar con afán permanente que cada individuo se sienta identificado con los objetivos de la institución, y suficientemente motivado como para alcanzar una plena satisfacción personal sobre la base de un trabajo en conjunto. Tal sensación de satisfacción individual y colectiva constituye la motivación necesaria para que el trabajo no se transforme en una mera acción rutinaria, más o menos mecanizada, y para que un grupo humano mantenga, por el contrario, toda la riqueza creadora de que es capaz cuando se siente impulsado por un ideal.

Con esa moral de trabajo, e imbuido de un alto sentido de justicia social y de solidaridad humana, el hospital está en condiciones de cumplir irreprochablemente con su misión científica. De esta manera se hace realmente digno del reconocimiento, el respeto y el apoyo de la comunidad a la que sirve.

Usuarios

A medida que los hospitales se fueron trasformando, también ha ido cambiando el tipo de usuarios que recurre a sus servicios.

En el pasado los hospitales fueron creados para indigentes o personas incapaces de sufragar la atención médica; para los desvalidos, para los niños huérfanos abandonados, para militares y para peregrinos.

Una característica común a esos diversos grupos sociales era la de carecer de un hogar donde pudieran recibir atención médica, ya fuera por encontrarse temporariamente fuera de él, como en el caso de los militares o los peregrinos, o por no tenerlo, como ocurría con indigentes o niños expósitos, o bien porque aún contando con domicilio propio, no estaba en condiciones de pagar los gastos de atención médica.

Tales hospitales eran financiados por la caridad pública y ofrecían asistencia gratuita. Esa situación, mantenida durante siglos, explica la creencia que aún se mantiene, sobre todo en América Latina, de que el hospital es el lugar donde se asisten los pobres, y de que allí se brinda asistencia gratuita. Y este concepto constituye la base de un prejuicio social profundamente arraigado. Tanto que en algunos países los hospitales privados, buscando seguramente escapar de aquella calificación, han procurado un nombre diferente y se denominan sanatorios como en la Argentina y el Uruguay expresando así una situación que tiende a marcar dos niveles diferentes de medicina: para pobres y para ricos.*

El hospital del presente, por las características que hemos mencionado, por los recursos que concentra y por las funciones que desarrolla, se ha transformado en una institución que debe estar al servicio de toda la comunidad, sin discriminaciones, sociales, económicas, filosóficas, religiosas o políticas.

Otro problema, pero que debe resolverse por una vía diferente, es el de la forma de financiación de sus servicios. A ello nos referiremos más adelante.

---

* Esta diferenciación terminológica, entre lo público y lo privado, para establecer una connotación socio-económica, se ha extendido en el Río de la Plata, sobre todo en emprendimientos vernáculos. En cambio aquellos que tienen origen europeo se continúan denominando Hospitales, tales como el Hospital Británico, el Hospital Alemán, el Hospital Italiano, el Hospital Español. El término Sanatorio se reservaba en algunos países primero europeos y luego americanos, para la recuperación de pacientes crónicos, fundamentalmente tuberculosos, como los descritos por Thomas Mann en *La Montaña Mágica.* En el mundo anglosajón tanto como el latino, continúa con pleno vigor el término de Hospital para designar a estos establecimientos asistenciales de alta complejidad, cualquiera sea el público asistido y la forma de financiación de sus servicios. (Nota de los autores de este libro)

Área o ámbito de acción

En el pasado, el hospital funcionaba en el ámbito de su propia planta física y limitando su acción a los usuarios que concurrían para ser atendidos. Por otra parte, tal actividad se cumplía en forma aislada, desconectada de otros organismos asistenciales.

Esa modalidad, si bien todavía prevalece en la mayoría de los hospitales, ha comenzado a modificarse observándose sensibles progresos en algunos países.

Se aprecia así la paulatina generalización de un concepto: que la atención de la salud de una población debe llevarse a cabo a través de un verdadero sistema regionalizado de atención que, dispuesta a modo de red, cubra la totalidad del territorio del país y garantice una adecuada prestación de servicios a toda la población.

Los organismos principales de esa red sanitaria son los hospitales: distribuidos racionalmente de acuerdo con las necesidades de la población, con diferentes niveles de complejidad para lograr el aprovechamiento eficaz y eficiente de los recursos disponibles, e interconectados funcionalmente a través de un doble flujo, de pacientes y de recursos.

Dentro de esa red, cada hospital o grupo coordinado de hospitales debe tener un área geográfica asignada y asumir una responsabilidad integral en relación con las funciones a cumplir, es decir: 1) actividades dirigidas a las personas sanas y enfermas: atención médica integral, y 2) actividades dirigidas al medio: saneamiento ambiental.

Por otra parte, cada hospital adoptará los criterios más adecuados para la prestación de servicios en el área asignada instalando consultorios de primeros auxilios, postas sanitarias, puestos de vacunaciones o consultorios periféricos, etc. Pero todos ellos debidamente coordinados entre sí y enlazados con el edificio central mediante una administración que programe, dirija, coordine, supervise, controle y evalúe todas las actividades.

El hospital se transforma así de un organismo aislado, autárquico y a la espera pasiva de la demanda de servicios, en una institución esencialmente dinámica, que toma iniciativas para programar y realizar las acciones necesarias con sentido integrador, que coordina su trabajo con otros organismos y que, al mismo tiempo que amplía su radio de acción, incrementa su responsabilidad hacia la comunidad.

Financiamiento

A lo largo de los diversos períodos históricos, y a medida que la atención médica y en particular la asistencia hospitalaria se iban haciendo más costosas, se

fueron adoptando diferentes métodos de financiación. El aumento de los costos ha sido continuo, especialmente notable y vertiginoso en las últimas décadas.

En términos generales se aprecia una tendencia universal (aunque existen diferencias entre los distintos países) a extender las posibilidades de financiación a sectores cada vez mayores de la población y de acuerdo con la capacidad económica de cada individuo, procurando, con ello, sistemas cada vez más justos desde el punto de vista social.

La financiación del hospital del pasado se basaba en la caridad o beneficencia pública, es decir, en un sistema de contribución voluntaria realizada con sentido filantrópico. Dado que era imprevisible en su monto e irregular por naturaleza, impedía todo tipo de previsión y por tanto de programación de actividades. Por ese mecanismo los hospitales obtenían recursos con los cuales apenas podían atender reducidos porcentajes de la población, mientras que la mayor parte de la misma, diseminada en áreas rurales, moría joven y en general sin recibir ningún tipo de atención médica.

A fines del siglo XIX, y en los países más desarrollados, la expectativa de vida se hallaba alrededor de los 40 años. Por entonces las clases pudientes recibían atención médica (mediante el pago directo de servicios) en sus propios domicilios o en el consultorio del facultativo.

La Revolución Industrial produjo profundos cambios en las formas de vida, que en el campo de la salud se tradujeron en enormes progresos científicos y tecnológicos y en el consiguiente encarecimiento de la atención sanitaria. Pero la Revolución Industrial tuvo otra consecuencia fundamental: la aparición del proletariado industrial que se acompañó de una creciente concentración de trabajadores en los núcleos urbanos junto con un incremento explosivo en la demanda de atención médica. Esos grupos humanos en general percibían salarios muy bajos y carecían de suficientes recursos como para pagar una asistencia privada. Al enfermar, entonces, debían recurrir a los hospitales, que resultaban totalmente insuficientes para responder a la demanda.

Es así como los Estados comienzan a tomar conciencia de la importancia de este sector social, y se crean hospitales financiados por presupuestos de los municipios y del Estado. Posteriormente, y como ello resultara insuficiente, bajo la iniciativa de diversos grupos privados se desarrollaron formas de protección que amparaban contra el riesgo de enfermedad.

Aparecen así los primeros seguros, que adoptan distintas modalidades pero con la característica general de ser voluntarios y basados en una cuota igual para todos los beneficiarios. Se fundamentan en un concepto de ayuda mutua: el pago regular de una cuota por parte de los beneficiarios permite la integración de un capital con el cual, entonces, se financian los gastos médicos de atención por enfermedad.

Para que el sistema funcione, el número de aquellos que usan sus servicios debe ser muy inferior al de los que contribuyen económicamente, y además los aportes deben ser incrementados a medida que los costos aumentan. El problema es muy complejo porque el costo de la atención médica tiende a aumentar a un ritmo más acelerado que el costo de la vida, y a su vez la atención hospitalaria es la más costosa dentro de los distintos tipos de asistencia sanitaria. El proceso inflacionario agrava la situación. Las familias no pueden elevar indefinidamente los porcentajes destinados a costear el seguro, por lo cual el número de contribuyentes disminuye en términos absolutos o relativos. Esta situación obliga a aumentar los aportes y restringir la cantidad o calidad de los servicios, estableciéndose así un círculo vicioso que conduce al deterioro progresivo del sistema.

Esta situación crítica, que con variantes de intensidad se observa en todos los países del mundo, ha obligado a buscar formas más perfeccionadas, económicamente más eficaces, y más justas desde el punto de vista social.

Se evoluciona entonces hacia sistemas de seguridad que protejan a todos los habitantes, cada uno de los cuales realiza aportes de acuerdo con su real capacidad socioeconómica. Tales aportes se hacen en forma específica o directa, hacia el sistema de salud, o en forma indirecta, a través de contribuciones impositivas que pasan a integrar el presupuesto nacional.

Administración

El hospital del pasado, cumpliendo actividades sencillas, dotado de recursos materiales escasos, simples y de bajo costo, y funcionando con personal religioso y luego laico, poco numeroso y pobremente capacitado, fue administrado hasta el siglo XX en forma empírica por personas que no recibían por supuesto, ninguna formación particular para ello. Las características propias de esos organismos tampoco hacían percibir especialmente esa necesidad.

Pero los profundos cambios que se produjeron desde comienzos del siglo XX, trasformando al hospital en una compleja institución que maneja importantes recursos en cantidad y calidad, evidenciaron la necesidad de que la administración se pusiera a tono con las nuevas exigencias.

La administración de hospitales se desarrolló pues como especialidad.

En 1929, cuando Michael Davis publicó en EE UU su libro: *"Hospital Administration: a profession"*, se reconoció explícitamente la importancia de esta nueva especialidad y la responsabilidad de la Universidad en la formación de los administradores o directores de servicios de salud.

En 1933 se fundó el Colegio Americano de Administradores de Hospitales, con la doble finalidad de proporcionar educación especializada a aquellos que fueran a dirigir instituciones de atención médica y de obtener el reconocimiento de quienes realizaran un servicio meritorio en este tipo de instituciones.

Al año siguiente, la Universidad de Chicago realizó un curso de Administración Hospitalaria bajo la coordinación del propio Davis. A partir de entonces estos cursos se multiplicaron y en la actualidad se dictan en numerosos países de todo el mundo.

La administración hospitalaria constituyó un factor fundamental en el alto nivel científico alcanzado por muchos hospitales del mundo. El empirismo ha sido sustituido por la racionalidad; la improvisación, por el planeamiento sistematizado; los hospitales, antes conformados por un conglomerado de servicios inconexos, se transformaron en estructuras orgánicas, integrados por unidades organizativas cuyos propósitos, actividades y criterios de división del trabajo están bien definidos y debidamente coordinados entre sí. Las tareas realizadas desordenadamente y en forma ineficaz e ineficiente fueron sustituidas por sistemas y procedimientos de trabajo basados en principios lógicos; y la valoración de los resultados y de los métodos empleados se llevó a cabo mediante un proceso de evaluación continuo y sistemático.

En suma: el hospital moderno se concibe como una compleja organización destinada a servir a la salud de una comunidad a través de funciones de atención médica integral, educación e investigación.

CAPÍTULO II

LOS ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS Y EL DEBATE DISCIPLINAR

"La práctica ha demostrado ostensiblemente las lamentables consecuencias que origina una mala elección en las instalaciones de los hospitales modernos. No basta en modo alguno que un hospital disponga de médicos y personal auxiliar de primera fila, pues ellos son impotentes para luchar contra edificios inadecuados e instalaciones desfavorables. Aun lo mejor es insuficiente para las necesidades del hospital".[5]

Origen
Tipología: pabellones
Tipología: bloque en altura

Origen

El fin último del programa arquitectónico hospital ha sido cambiante, cumpliendo en su origen con la función de albergue u hospicio, desvinculada del concepto de la asistencia en salud.

La expresión hospital, cuyo origen está en la voz latina *hospes*, significa hotel u hospedaje, y fue precisamente brindar refugio a los viajeros la primera actividad desarrollada en el siglo IV en estos establecimientos. Dos siglos más tarde su destino comienza a ser el de albergue de pobres y desvalidos, sustituyéndose la idea rectora de hospitalidad por la de caridad.

En la Edad Media, la asistencia se brindaba en edificios comunitarios ligados a los conventos. La institución responsable de la salud social en los siglos V, VI y VII fue la Iglesia, que construyó y administró los "hoteles" o "maisons" de Dios. A los monasterios se fueron anexando enfermerías, y en los centros de las ciudades surgieron los primeros hospitales destinados a los pobres, los viajeros y los peregrinos. En estos establecimientos se satisfacían necesidades asistenciales de carácter humanitario, y no precisamente curaciones de enfermedades.

Ya en el Renacimiento surgen algunas mejoras con la disposición ordenada de las salas en torno a patios con galerías, que brindaban mayor ventilación a las salas y un espacio cubierto que sirviera de paseo a los convalecientes.

La actividad operatoria adquirió mayor importancia a partir del siglo XVI, con el aumento de los conocimientos anatómicos del ser humano a partir de la propia práctica médica. Surgen los hospitales de sangre, en los que se practican amputaciones, vendajes y comienzan las primeras prácticas de ligaduras arteriales, todo esto vinculado al aumento de los heridos por armas de fuego.

Sobre fines del siglo XVIII, las características de los recluidos en los hospitales eran muy variada: enfermos, pobres, peregrinos, huérfanos, viejos, psicópatas, etc., y la tugurización era corriente en los establecimientos, encontrándose en algunos casos entre cuatro y seis enfermos por cama.

> *"Para unas 2.000 camas había 4.800 enfermos (…). Entre los moribundos estaban los convalecientes y había más de 200 heridos en la sala de St. Paul, que simultáneamente constituía el único paso hacia la cocina y sótano. Junto a la misma se hallaba la sala de operaciones, tan oscura que durante el día tenía que operarse a la luz de las velas. A los extremos de ambas salas principales había dos puertas en comunicación directa con el depósito de cadáveres y la sala de anatomía, donde a pesar del olor insoportable que despedían, se dejaban los cadáveres largo tiempo".* [6]

Es a partir de fines del siglo XIX y principios del siglo XX que se comenzará a consolidar la concepción de hospital que perdura hoy día, donde se conjugan las tareas de prevención de la enfermedad y curación.

Tipología: pabellones

Los establecimientos hospitalarios a lo largo de la historia han ido modificando su conformación dependiendo de las prácticas médicas que se desarrollaron en los diferentes momentos históricos.

La tipología de pabellones había sido utilizada originalmente en 1783 para la reconstrucción del Hôtel-Dieu en París, frente a Notre Dame, luego de ser destruido por un incendio. La propuesta presentada por Tenon era de pabellones separados de uno o dos pisos con calles y jardines arbolados intermedios.

Otro ejemplo de hospital que adopta la tipología en pabellones, también en París, es el Hospital Lariboisiêre, conformando una circulación perimetral a través de una galería. Las salas, bien iluminadas y ventiladas, poseían treinta y dos camas de espalda a las ventanas, dejando una circulación central entre ellas. En el extremo de cada una existía un cuarto para aislamientos, lencería y baños. Del lado opuesto, junto a las circulaciones e iluminados desde los patios laterales, se localizaban los comedores. En el eje de simetría de la composición, sobre el patio principal se ubicaba la capilla. El Hospital contaba con tres consultorios, farmacia, cocina y en los pisos superiores los dormitorios para el personal.

El funcionamiento del hospital se basaba en un conjunto de pabellones aislados que albergaban a los enfermos, diferenciándolos por sus dolencias, catalogándolos, y contando con muy pocos espacios destinados a prácticas médicas específicas.

A partir del siglo XIX, la Medicina desarrolló conceptos que llevaron a la práctica del sanar a desarrollarse en espacios diferenciados físicamente para los diferentes tipos de padecimiento. Esta mentalidad de la Medicina del siglo XIX se sitúa dentro de la ciencia del mismo período que busca alcanzar la catalogación absoluta de todo lo que le rodea. Así, la separación en pabellones independientes de los pacientes en función de los padecimientos que tuvieran era la práctica corriente. Debemos sumar a esta concepción científica, la incapacidad en muchos de los casos de brindar respuestas ciertas a las necesidades de los pacientes, limitándose sus avances en buena medida a la mejora sustancial de los diagnósticos, no pudiéndose en todos los casos acompañar esto con mejoras importantes en los tratamientos.

Los descubrimientos científicos permiten mayores avances en el tratamiento de las enfermedades, y rápidamente el hospital comienza a sumar a su función de diagnóstico, la función de sanar. Se fortalece la delimitación entre síntoma y enfermedad. Surgen así prácticas médicas específicas que responden a los diferentes diagnósticos, para las cuales en muchos casos se hacen necesarios nuevos equipamientos y espacios. La asepsia se consigue a través de la ventilación controlada en los ambientes y de medicamentos en los pacientes, y no a través del distanciamiento de los enfermos. Las nuevas necesidades de la práctica médica comienzan a demandar nuevos espacios donde practicarla y queda en evidencia la obsolescencia de los establecimientos hasta ese momento utilizados.

Todo este proceso se vio acompañado por el desarrollo y perfeccionamiento de la tipología pabellonaria:

> *"El hospital evolucionó de un edificio compacto, con patios cerrados, con escasa iluminación y ventilación natural, con un trato carcelario para los pacientes, a un edificio pabellonario generosamente vinculado a patios abiertos*

y jardines, con racional solución de iluminación y ventilación cruzada, con nociones de confort en la calefacción, baños con W.C., con la creación de ambientes de estar, comedores y solarios y sobre todo, un trato humano y hasta paternalista".[7]

Promediando el siglo XIX, un nuevo modelo de arquitectura hospitalaria se desarrolla en los países europeos y será la utilizada en la segunda mitad del siglo XIX en nuestro país. Este nuevo planteo, también de carácter pabellonario, tenía algunas modificaciones importantes como la reducción de las superficies ocupadas por el hospital, evitando así los desplazamientos excesivos de personal y pacientes. Los pabellones se unían a una única circulación central o perimetral, conformando una estructura de peine. En algunos casos estas circulaciones cubiertas fueron de carácter subterráneo, permitiendo separar los tipos de circulación internos del hospital, con los movimientos de personas ajenas al establecimiento.

El Hospital Militar y la Colonia Sanatorial "Gustavo Saint Bois", en nuestro país, son ejemplos de esta nueva generación de hospitales, donde los pabellones se situaban a ambos lados de la circulación central que los unía. En el caso del Hospital Pereira Rossell, el mismo cuenta con pabellones aislados que son comunicados por circulaciones subterráneas que hoy se encuentran fuera de uso.

La amplitud espacial de estos hospitales pabellonarios de fines del siglo XIX y principios del siglo XX, tanto interior como exterior, le han permitido ir reformulándose con el correr de los años soportando modificaciones constructivas, terminaciones, instalaciones técnicas y mecánicas, circulaciones, etc., haciendo posible en nuestro país que muchos de estos edificios se mantengan aún hoy dentro del sistema asistencial.

Los pabellones no necesariamente se repetían como unidades idénticas, diferenciándose por las características de los enfermos alojados en su interior. Podía existir una estructura mixta que combinara edificios con funciones específicas: un edificio Principal con la enfermería, salas de enfermos no aislados, administración y locales para médicos y personal asistencial; edificio de intendencia donde se localicen calderas y central de calefacción, cocina, lavadero, desinfección, talleres, etc.; y finalmente los pabellones para enfermos aislados (pacientes contagiosos y quirúrgicos), baños, fisioterapia, depósito de cadáveres con sala de autopsias y laboratorio, etc.

Además de las dificultades para la práctica médica, se suma la incompatibilidad de estos establecimientos con una función fundamental como la formación de nuevos médicos. Si ya era difícil desarrollar tratamientos médicos en edificios que no brindaban las comodidades correspondientes, más difícil era aún la enseñanza de la Medicina en estos edificios que no resolvían la problemática

más allá de brindar hospedaje al enfermo que lo requiriera, sumando una ríspida relación institucional entre los responsables de dichos establecimientos y la actividad formativa de los futuros médicos.

Tipología: bloque en altura

De esta forma, ya iniciado el siglo XX, se comienza a repensar las demandas espaciales de la ciencia médica en términos edilicios, identificando las carencias de estos edificios para poder brindar soluciones racionales al respecto. Una de las soluciones adoptadas es la de los hospitales en bloque, disponiendo los antiguos pabellones en vertical, y sumándole áreas específicas para las diferentes prácticas médicas, disminuyendo las distancias de los traslados y haciéndolos más confortables y seguros tanto para pacientes como para trabajadores.

El desarrollo del hospital como un bloque en altura, reúne las características de los pabellones con la estructura circulatoria de los primeros hospitales y asilos de la Edad Media, que consistía en un corredor común al cual daban acceso los diferentes cuartos. Luego, en la búsqueda de mejores condiciones de higiene para los enfermos se favoreció la construcción de pabellones de grandes dimensiones, con fácil ventilación e iluminación y sistemas centrales de calefacción. El Manual de Instalaciones Modernas para Hospitales, describe en 1928 a la nueva tipología de la siguiente manera:

> *"El tipo de hospital moderno, proyectado con arreglo al sistema de corredores, está representado en el edificio de larga planta recta o semicircular, de varios pisos. Los edificios de semejante estructura y los pabellones combinados del sistema de corredores se designan generalmente como edificios-bloques.*
> *Esta edificación favorece la centralización de los enfermos, mientras que el sistema de pabellones se caracteriza por la tendencia a la descentralización".* [8]

Este nuevo tipo hospitalario se estaba llevando a la práctica en Estados Unidos a partir de la década de 1920. Encontramos como defensor de esta idea a Segismund S. Goldwater, director del Mount Sinai Hospital de New York, un gran centro asistencial constituido por un único bloque en altura. Esto guiará también la construcción del Presbyterian Hospital de la Universidad de Columbia, también en New York, y del North Western Hospital en Chicago.

Inmediatamente después encontramos ejemplos de nuevos hospitales en altura que se comienzan a desarrollar en Francia, como el caso del Hospital de Marsella con 18 pisos de altura.

Jorge Lockhart ponderaba favorablemente hacia el hospital en bloque los siguientes aspectos:

"1º El terreno cada vez más caro.
2º La posibilidad de una Administración única, con cocinas, farmacias, laboratorios, calefacción, lavadero, tránsito y comunicaciones internas incluidas, y con una sola Dirección General.
3º La constitución de un verdadero centro médico, con integración de servicios, indispensable para la correcta docencia y para la investigación científica.
4º Servicios centralizados de radiología, oncología, medicina nuclear, y, sobre todo, quirófanos generales y especializados.
Esta centralización iría asociada a un Servicio exterior muy amplio, que comprendería las Policlínicas, la Hemoterapia, la Fisioterapia y, sobre todo, un gran Departamento de Emergencia.
Además, Unidad de Máquinas, de calefactores, de producción de agua, de ascensores, montacargas, teléfonos internos". [9]

De igual modo ponderaría en forma crítica la necesaria repetición de muchos de estos servicios e instalaciones centralizadas para el caso del tipo pabellonario, significando a su vez mayores costos tanto constructivos como de funcionamiento. Hacia 1930 continúa en Estados Unidos el desarrollo de estos nuevos hospitales en altura, se construye el Charity Hospital con 20 pisos y 2.650 camas; el Hospital del Bronx con 16 pisos; el Hamilton Hospital con 18 pisos y 1.000 camas; el Cornell Medical Center con 25 pisos; el Hospital Metodista de Brooklyn, en New York; el Hospital de Los Angeles con más de veinte pisos; el Wesley Memorial Hospital de Chicago; el de Veteranos de la Primera Guerra de New York con más de veinte pisos; el Spellman Memorial de New York. Y en otros países encontramos el Hospital Beaujon de Paris, el de la Ciudad Universitaria de Lille, el de la Ciudad Universitaria de México que es el centro más importante del continente hacia mediados del siglo pasado, y el del Centro Universitario de San Pablo con 15 pisos de altura.

En la década de 1940 aún se mantenía la disputa entre una y otra tipología. En el diario *Acción* se publicaron las siguientes expresiones de los arquitectos estadounidenses Charles Butler y Addison Erdman en su trabajo "Hospital Planning" de 1946:

"La cuestión de vertical versus horizontal se relaciona con el plan general del hospital. El tipo block es indudablemente, el más económico, no sólo para construir, sino, también, para administrar y mantener.
Con los ascensores modernos, el recorrido vertical es más barato, más rápido y más satisfactorio que el recorrido horizontal".[10]

También aclaratorio y validando el uso de la tipología de pabellones y la del bloque en altura según el caso, es lo expresado por el arquitecto Isadore

Rosenfield de New York, quien siendo muy crítico con la práctica constructiva de bloques sin una debida reflexión al respecto, expresa:

> *"Varios factores contribuyen a la configuración de los edificios hospitalarios: orientación, motivos estéticos, configuraciones del terreno, consideraciones de ingeniería y construcción, dirección de los vientos dominantes.*
> *Pero sin duda alguna, la consideración dominante debe servir a la función. (…)*
> *Si los planes se desarrollan sin prejuicios, examinando los factores vivos de la situación, la configuración de los edificios será fresca y dinámica. Por desgracia, en la arquitectura hospitalaria, como en otros tipos de arquitectura, a menudo nos conformamos con una respuesta fácil, copiando lo hecho antes.*
> *Los resultados son copias de segunda mano, sin ritmo ni razón.*
> *(…) he chocado repetidamente con la afirmación de que en nuestro país hemos abandonado la construcción de pabellones y preferimos los grandes bloques centralizados.*
> *En realidad no deberíamos construir bloques ni pabellones, sino edificios funcionales, adaptados en cada caso a las necesidades locales. (…)*
> *No es necesario describir el hospital de pabellones, que está substancialmente constituido por varios edificios independientes, conteniendo unidades funcionales separadas.*
> *Entendemos por hospital de tipo bloque el que se atiene a las características siguientes: unidades clínicas mal definidas, con cuartos y salas llenando pisos de la extensión a que obligue el terreno. Si la longitud del solar no permite incluir todos los servicios en una recta, ésta se pliega por sus extremos en forma de U, con ramas más o menos largas.*
> *Una vez establecida la forma básica, la dimensión vertical depende del número de pisos necesarios para acomodar todos los servicios.*
> *Por lo general, el departamento administrativo, buena parte de los departamentos de diagnóstico y tratamiento y los servicios generales, se embuten en forma forzada en la planta dibujada* a priori.
> *Los pisos siguientes acomodan clínicas y los más altos encierran el departamento operatorio, laboratorio y otras instalaciones auxiliares.*
> *A menudo los pisos son irregulares para dar origen a torres u otros elementos monumentales.*
> *Los hospitales de este tipo se cuentan por centenares. Muchos de ellos son de estilo colonial, o gótico y, algunos, presumen hasta de "modernos".*
> *Entre los ejemplos destacados de estos errores podemos citar al Presbyterian Hospital y el New York Hospital, en aquella ciudad y La Maison de Chatillon, en París.*
> *Cuando la altura es excesiva se crea una gran demanda de ascensores y como éstos son caros, pronto resultan insuficientes.*
> *La falta de organización de los pisos de clínicas en unidades funcionales, y el cúmulo de servicios en los pisos bajos y altos, crean condiciones difíciles de circulación horizontal.*

Un hospital moderno debe originarse en unidades clínicas bien concebidas, que se repetirán tantas veces como sea necesario, a condición de que las funciones sean idénticas.
El carácter estético del hospital, debe determinarse por la simplicidad. Lo más importante es que el hombre de la calle o el pariente de un enfermo que viene a verlo, no se sientan intimidados por la monumentalidad oficiosa.
La sensación debe ser de acogimiento y, al mismo tiempo, de seriedad científica.
Casi sin excepción deben emplearse ventanas de tamaño y tipo uniforme en todas las fachadas, a fin de conseguir una expresión de ritmo, de unidad y de orden.
En muchos casos, sin embargo, será conveniente diferenciar entre las fachadas que miren al sol, donde se instalarán los enfermos, y las que dan hacia la sombra, donde es preferible acomodar los servicios".[11]

Dentro de este discurso encontramos la enumeración de varias críticas al hospital en altura, muchas de las cuales veremos más adelante son salvadas en la construcción del Hospital de Clínicas.

Finalmente, en el mismo artículo del diario *Acción* de 1949, encontramos la puntualización de seis principios fundamentales para la evaluación de un edificio hospitalario, claro está que con una visión que busca situar al futuro hospital universitario al tope de las expectativas previstas para su puesta en funcionamiento:

"1º Unidad, o sea que la especialización y la subdivisión de funciones deben responder a un conjunto completo y orgánico.
2º Diversidad, o sea la especialización funcional de cada elemento del conjunto.
3º Facilidad de funcionamiento, que quiere decir la simplicidad máxima a que debe llegarse en el mecanismo general de la planta del instituto, con sus servicios perfectamente diferenciados y organizados.
4º Flexibilidad, condición que se funda en la necesidad de que un hospital moderno no debe ser de planta cerrada (encerrado, por ejemplo, en una manzana de terreno), sino que debe estar siempre disponible con gran amplitud para todas las sucesivas ampliaciones que las técnicas médico-quirúrgicas obliguen a construir en sucesivos futuros.
5º Salud, que es lo que los norteamericanos llaman al valor que un establecimiento hospitalario tiene que aportar con su índice de utilidad a la rápida recuperación del importantísimo capital humano.
6º Economía, que constituye un capítulo que podemos subdividir en tres ítems:
Economía de Construcción: Indiscutiblemente superior en las construcciones en block que en las construcciones por edificios separados.
Economía de Funcionamiento: Para lo que valen las mismas razones.

Economía de Conservación: Que finca en la buena construcción sólida y perdurable, sin lujos innecesarios, hecha con materiales nobles que le aseguren una larga permanencia.
En síntesis, un hospital económico es aquel en el que cada metro cuadrado de construcción dé un rendimiento máximo, sin preocupaciones de estilos ni de formas arquitectónicas preconcebidas".[12]

CAPÍTULO III

LA ATENCIÓN DE LA SALUD Y LOS HOSPITALES EN URUGUAY ENTRE LOS SIGLOS XIX Y XX

La atención médica a fines del siglo XIX
Las sociedades mutuales
Instituciones estatales para la salud
Los hospitales
Función de la Facultad de Medicina y de los médicos
Situación de la arquitectura nacional

A fines del siglo XIX y a principios del siglo XX, en un período no mayor de 40 años, la Medicina en Uruguay sufrió un cambio de gran importancia. Fue un cambio que se sumó a varios otros. Al cambio económico, traído por una fuerte inversión inicialmente extranjera, en particular inglesa, posteriormente del propio Estado uruguayo, en servicios y producción, iniciando un proceso de industrialización de productos nacionales. Al cambio demográfico, consecuencia de una fuerte inmigración europea de mano de obra, artesanos y pequeños comerciantes. Al cambio cultural, causado por el desarrollo de un estamento profesional e intelectual nativo, de gran influencia francesa, con inclinación al romanticismo en el arte y al positivismo en la educación y la ciencia. Y al cambio político dado por la aplicación del modelo de José Batlle y Ordóñez, que supo aprovechar todo lo anterior, con visión estatista y legislación social de avanzada.

La atención médica a fines del siglo XIX

Antes de establecerse este cambio, durante el correr del siglo XIX la Medicina en el país había tenido un rol secundario en la sociedad. Los enfermos, si eran pudientes, eran asistidos por médicos en sus domicilios o en los consultorios. Si no lo eran, consultaban aficionados más o menos idóneos o acudían a los hospitales donde Comisiones de Caridad, en general constituidas por religiosos, podían determinar que fueran asistidos por alguno de los médicos empleados. Los hospitales eran más asilos de enfermos que lugares de asistencia. El Estado, que no tenía ingerencia en la atención de enfermos, solo disponía de dos institutos en materia de salud: la Junta de Sanidad Marítima, encargada de la sanidad de los puertos, y el Consejo de Higiene Pública, encargado de la sanidad territorial.[13] Los establecimientos destinados a asistencia eran el Hospital de Caridad y distintos locales que se habilitaron como servicios del mismo, como el Asilo de Mendigos, el Manicomio Nacional inaugurado en 1880, el Asilo para Huérfanos y Expósitos de 1875, la Enfermería del Asilo, de 1890, y la Casa de Aislamiento, luego denominada Hospital "Dr. Fermín Ferreira", que inauguró sus primeros dos pabellones en noviembre de 1891.[14] Todos ellos dependían de la Comisión de Caridad. Junto con estas instituciones existían algunas otras, también de naturaleza caritativa, pero originadas en las colectividades extranjeras. La italiana inauguró su primer hospital en 1853, y varios años después, en 1890, estrenó el actual Hospital Italiano. La colectividad inglesa instaló un hospital en 1857 y en 1913 inauguró su Hospital Británico.[15] En 1909 se inauguró el Hospital Sanatorio Español.[16]

Las sociedades mutuales

Una vez comenzado el período de cambios, se fueron sucediendo iniciativas para mejorar la atención médica. Las colectividades extranjeras fueron sustituyendo la caridad por la solidaridad; el concepto de "beneficencia" fue cambiado por el de "asistencia"[17] y se fueron organizando sociedades de socorro mutuo dentro de las cuales la salud pasó a ser prioritaria. Mediante el aporte igualitario de una cantidad mensual por parte de todos los integrantes de la sociedad, se juntaba un fondo capaz de permitir el acceso a la atención particular de los socios necesitados. Estas "sociedades mutuales" comenzaron a formarse a partir de 1853, con la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos, pero no contaron en su primera época con locales de asistencia médica, que recién aparecieron en 1918. Solo se contaba con los servicios de los hospitales Español,* Británico e Italiano, por lo que se derivaba la internación al hospital

* El Hospital Español fue el primer lugar de hospitalización específica para la colectividad hispana, puesto que sus contribuyentes y beneficiarios eran los mismos que habían sostenido con su aporte a la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos.

público, la mayoría de las veces en forma clandestina, para no pagar el usufructo de tal beneficio[18]. Además de las sociedades mutuales surgidas en torno a agrupaciones de inmigrantes, con el tiempo comenzaron a surgir otras fundadas en afinidades religiosas, políticas, laborales, etc.

Instituciones estatales para la salud

Pero fue el Estado el que más activo se mostró en la creación de herramientas asistenciales, impulsado por la noción de la salud como derecho. El Estado no solo se dedicó a controlar y regular aspectos normativos de la salud pública, sino que asumió directamente la atención médica de aquellos grupos sociales que iban quedando marginados de la economía.[19]

Por ley de 1889 se creó la Comisión de Caridad y Beneficencia Pública, dependiente del Ministerio de Gobierno, que se encargó de administrar los hospitales, sustituyendo a las comisiones de caridad privadas. En 1895 se creó el Consejo Nacional de Higiene, también dependiente del Ministerio de Gobierno, con funciones normativas y de contralor. Por las primeras, se instruía sobre medidas en casos de enfermedades infecto-contagiosas o sobre la profilaxis de la sífilis. Por las segundas, se inspeccionaban las vacunas y se regulaban las profesiones médica y farmacéutica. Aparte de estas funciones nuevas, este Consejo sustituía a los antiguos Consejo de Higiene Pública y Junta de Sanidad Marítima. Poco después, en 1899, se creó el tesoro de la Comisión de Caridad y Beneficencia, lo que le otorgó fondos para sus actividades.[20]

En 1910 se dictó una ley que simplificaba el funcionamiento del Consejo Nacional de Higiene y otra de creación de la Asistencia Pública Nacional, que otorgó un claro papel asistencial al Estado, estableciendo que la asistencia gratuita era un derecho que el Estado debía satisfacer. La asistencia pasaba a disponer de los fondos de la Comisión de Caridad y Beneficencia y además recibía una subvención anual especial. En 1917 se reformó la Asistencia Pública y se la desvinculó del Consejo Nacional de Higiene. En 1918 ambos Consejos pasaron a ser entes autónomos. Sin embargo, en la realidad hubo un notorio desequilibrio en el crecimiento y los presupuestos de estas organizaciones. Por ejemplo, en 1926 el presupuesto de la Asistencia Pública era de $9.000.000 y el del Consejo de Higiene de $150.000.[21] La Asistencia Pública Nacional, con clara orientación asistencial, favoreció la curación de los enfermos y la instalación de hospitales. El hospital pasó a ser el centro de la atención médica, y el Consejo de Higiene fue perdiendo peso al no jerarquizarse la prevención. En consecuencia, en los primeros 30 años del siglo se abrieron 7 nuevos hospitales públicos en Montevideo y 28 en el interior.[22]

Los hospitales

En las primeras tres décadas del siglo veinte se construyeron en Montevideo varios hospitales estatales. Los mismos fueron: Hospital Militar, en 1908, (Ing. Roberto Armenio y Arq. Henry Poisson), Hospital de Niños del "Pereira Rossell" en 1908 (Ing. West y Arqs. Acosta y Lara y Guerra), Maternidad y Ginecología del "Pereira Rossell" en 1915 (Arq. Henry Ebrard), Hospital "Pedro Visca" en 1922 (ampliación de la Enfermería del Asilo de Expósitos "Dámaso Antonio Larrañaga" a cargo del Arq. Juan Giuria), Hospital Hogar "Luis Piñeyro del Campo" en 1923, Hospital "Pasteur" donde antes estaba el Asilo de Mendigos en 1923, Colonia "Gustavo Saint Bois" en 1928 (Arqs. Massa y Quincke).[23]

Aparte de estos hospitales se habilitaron el Sanatorio de Obreras y Empleadas en 1922, de carácter benéfico, en una casa alquilada, para diez años después construir su propia sede; dos Sanatorios Mutuales: la Casa de Salud de Casa de Galicia en 1918 y el Sanatorio de la Asociación Fraternidad en 1922[24] y los ya mencionados hospitales privados Británico (1913) y Español (1909), que se sumaron al Hospital Italiano inaugurado en 1890.

Estos hospitales respondían tipológicamente a claustros, y en el caso de los más modernos al tipo pabellonario, como son los casos del Hospital Militar y del Hospital Pereira Rossell. Esta tipología pabellonaria era la más evolucionada del momento.

Los hospitales del interior fueron encarados como establecimientos nacionales y su construcción en general realizada por el Ministerio de Obras Públicas. Muchas de estas obras estuvieron a cargo del Arq. Juan Giuria, y la tipología predominante fue la de edificios en "U" de un solo nivel. En algunas poblaciones los edificios sustituían a los ya existentes, construidos por grupos de vecinos y de condiciones muy precarias.[25] Como dice Piotti:

> *"Los servicios (hospitalarios) se secularizaron y se medicalizaron mediante sucesivas ordenanzas, que le fueron quitando el espíritu de religiosidad, confiriéndole a los profesionales de la Medicina la mayoría de los puestos directivos y técnicos. Ya no serían espacios de caridad, a los cuales podían acudir los indigentes cuando no tenían a quien recurrir. A pesar de seguir denominándose hospitales, se organizarían como centros de salud, integrándoseles todas las técnicas y especializaciones de la Medicina. Los niveles técnicos intermedios también se fueron profesionalizando, a través de cursos teórico-prácticos de enfermería, en institutos como el "Carlos Nery" para nurses, o la Escuela de Parteras. Este cambio de imagen, le permitió captar a una clientela, que aunque existente, había sido resistente a ingresar al servicio".*[26]

Se puede estimar que en la primeras dos décadas del siglo veinte, un 85% de la población se asistía a través de la Asistencia Pública, un 10 % tenía asistencia particular y un 5% asistencia mutual.[27]

En todo este proceso de aumento de la hospitalización de la salud, tuvieron una sobresaliente actuación los Dres. José Scoseria como Director de la Comisión de Caridad y Beneficencia en los primeros años del siglo y como Director de la Asistencia Pública Nacional desde 1910 a 1916, el Dr. José Martirené como Director de la Asistencia Pública Nacional entre 1916 y 1928 y el Arquitecto Juan Giuria como responsable de la proyección de edificios hospitalarios. Eran ellos los ejecutores de la línea impuesta por los gobiernos batllistas de extender la asistencia de la población en forma gratuita y prescindente de la religión.* Así lo vio un historiador de Batlle y Ordóñez:

> *"En 1906 se suprimieron las imágenes de Jesús que exornaban las paredes de las Salas. Esta determinación tuvo, extraordinaria resonancia, como debía tenerla dado que en el fondo, era verdaderamente un golpe de gracia aplicado al catolicismo. Se tomaron también providencias para impedir los abusos de los sacerdotes y de las hermanas, y ya no existen capillas adscritas a los hospitales. Persisten las religiosas en algún nosocomio, pero su acción de proselitismo ha podido ser casi detenida dadas las medidas adoptadas para tal fin. Por otra parte es tendencia batllista suplantarlas con elementos laicos; esto ya ha sido realizado en los nuevos establecimientos hospitalarios y lo será en todos los otros con el correr del tiempo.*
> *Son las ideas de Batlle que pasan.*
> *Es la formidable corriente de liberalismo que este hombre ha desatado sobre la República, lo que ha hecho posible efectuar estas reformas sustanciales que han dado a cada desvalido y a cada infortunado que se interna en los establecimientos hospitalarios, la seguridad absoluta de que no se tocarán sus ideas ni se forzarán sus creencias. De que no se añadirá, en una palabra, un nuevo elemento de tortura y de angustia a los que ya le provoca su mal físico o espiritual".*[28]

En cuánto fue esta acción la que determinó la mejora de los índices de la salud en ese período, como el promedio de vida y las tasas de mortalidad, y en cuánto fueron las tareas de saneamiento y potabilidad del agua, como asegura Barrán,[29] es difícil de asegurar.

Este período fue:

> *"…el de mayor expansión de los servicios públicos, y contuvo en sí mismo el efecto perverso de que a medida que crecía, aún crecía más el número de su*

* Un ejemplo de esta tendencia fue la retirada de los crucifijos del Hospital de Caridad en 1906 por el Dr. José Scoseria, hecho que motivó la famosa controversia entre José Enrique Rodó y Pedro Díaz.

clientela, hecho por el cual los servicios siempre fueron quedando exiguos al igual que los recursos".[30]

Mención aparte debe hacerse de los sanatorios privados instalados en esa época por varios cirujanos de prestigio, tanto en Montevideo (Alfredo Navarro, Alfonso Lamas y Luis Mondino, Prudencio de Pena, etc.), como en el interior, sanatorios que no eran más que casas habitación adaptadas para incorporar un quirófano y un número suficiente de camas para hotelería pre y post-operatoria, con servicios y enfermería rudimentarios.

Papel de la Facultad de Medicina y de los médicos

Otra interrogante es el papel que jugaron la Facultad de Medicina y los médicos en todos estos cambios introducidos en la salud del país. Es posible afirmar que la dirigencia de la Facultad estuvo en sintonía permanente con estos cambios. Para ello sólo es necesario recordar que las figuras médicas que más influyeron en los cambios (Scoseria, Turenne, Martirené, Navarro) eran parte integrante de esa dirigencia y varios de ellos fueron Decanos. El Instituto de Higiene, el primer instituto de la Facultad, surgió antes del Consejo de Higiene, como una de las preocupaciones serias de la Facultad por la prevención de las enfermedades infecciosas. Distinto es el papel que jugaron los médicos como profesionales y en especial como factor creciente de poder en nuestra sociedad. Los intereses individuales del médico favorecían la asistencia privada por sobre la estatal, tanto en Montevideo como en el interior. En Montevideo, al surgir la asistencia mutual, se la consideró como de interés intermedio. Esta valoración de las distintas fuentes de trabajo médico debe haber pesado en el manejo del médico en la sociedad. Cuando a fines de este período surgieron las primeras asociaciones de médicos en defensa de la profesión, era muy evidente que sobre el interés social predominaba el interés corporativo, y que la política social médica seguida por los gobiernos era en la teoría más de avanzada que la del gremio médico, más allá de que en la práctica los fenómenos de politización de los cargos de responsabilidad social comenzaban a desmerecer la función. La corporación médica se esforzó y logró asegurarse el poder en todos los servicios asistenciales, la participación dominante en la elaboración de políticas sociales, el monopolio en el curar y hasta la integración al Gobierno. A fines de los años veinte, contaba con veinte médicos en el Parlamento y dirigía todos los organismos de la salud pública.[31]

Circunstancias que vivía la arquitectura nacional

La arquitectura nacional iniciaba en esos momentos una etapa de grandes cambios. La Facultad de Arquitectura, recientemente creada en 1915, se centraba en un debate interno entre los que seguían los lineamientos académicos heredados de la Escuela de Bellas Artes de París y quienes buscaban y experimentaban otras alternativas.

La consolidación institucional del país y el creciente desarrollo económico del mismo permitieron la concreción de importantes obras edilicias, tanto públicas como privadas. Los emprendimientos públicos, principalmente, promovieron como práctica habitual el Concurso de Proyectos de Arquitectura, lo que dio mayor difusión al debate sobre la formalización arquitectónica que debería responder a las necesidades del Estado. Se dará en consecuencia una cierta convivencia de estas dos posturas, llevándose adelante ya hacia fines de la década de 1920 proyectos adscriptos a una y otra corriente.

Encontramos aquí realizaciones como el Palacio Legislativo de los arquitectos Víctor Meano y Gaetano Moretti de 1925 y la sede del Banco República, obra de Luis Veltroni y Raúl Lerena Acevedo de 1934. Estos ejemplos institucionales de arquitectura historicista se contraponen con los primeros y más emblemáticos edificios modernos como la Escuela Experimental de Malvín y el Estadio Centenario, del Arq. Juan A. Scasso en 1929 y 1930 respectivamente, o los proyectos ganadores de concursos realizados en 1929 como el propio Hospital de Clínicas y el Instituto de Higiene, de Carlos Surraco, y la Facultad de Odontología de los arquitectos Juan A. Rius y Rodolfo Amargós.

Situación similar se vivía en el ámbito privado, donde encontramos emprendimientos como el Palacio Salvo del arquitecto milanés Mario Palanti, construido en 1923, confrontando con ejemplos como el Edificio Centenario de Octavio De los Campos, Milton Puente e Hipólito Tournier y el Palacio Lapido de Juan Aubriot y Ricardo Valabrega, ambos de 1930.

En 1929 Uruguay recibe la visita de Le Corbusier,* principal exponente y divulgador de las nuevas formas que deberían regir a la arquitectura moderna, quien había venido al Río de la Plata a dictar una serie de conferencias en Buenos Aires. Al respecto el arquitecto Juan Antonio Scasso expresaba años después:

> *"Su visita nos entusiasmó a todos en la Facultad. En los años inmediatos realizamos una serie de campañas en defensa de la nueva arquitectura".*

* El verdadero nombre de este maestro de la arquitectura, que nació en Suiza y vivió entre 1887 y 1965, fue Charles Edouard Jeanneret Gris

En todos los casos existe una incorporación de las nuevas técnicas y los nuevos materiales de construcción, independientemente de la postura adoptada por cada arquitecto en cuanto a temas estilísticos. La utilización del hormigón armado permitió llevar adelante la construcción de estos nuevos edificios de gran porte.

Fue en este ambiente sanitario del país, con una demanda creciente de servicios asistenciales, en este ambiente de modernización arquitectónica, que fue sedimentando la idea, vieja idea, como veremos más adelante, de un hospital clínico para la Facultad de Medicina.

Confluían de esta manera los deseos de la colectividad médica, el entusiasmo universitario, las necesidades de la sociedad y los avances de la tecnología arquitectónica. La resultante sería el Hospital de Clínicas.

FUENTES Y REFERENCIAS DE LA PRIMERA PARTE

1- Sonis A y col.: Medicina Sanitaria y Administración de Salud. Tomo I. Actividades y Técnicas de Salud Pública, 3ª edición, Barcelona, 1982, Editorial El Ateneo, 407 páginas.
2 - Sonis A y col: Medicina Sanitaria y Administración de Salud. Tomo II. Atención de la Salud, 2ª edición, Buenos Aires, 1983, Editorial El Ateneo, 857 páginas.
3- Nowinski A, Ripa JC, Villar H: Evolución del concepto de hospital. En: Sonis A y col: Medicina Sanitaria y Administración de Salud. Tomo II. Atención de la Salud, 2ª edición, Buenos Aires, 1983, Editorial El Ateneo, pp: 437-446.
4- Turnes AL: Origen, Evolución y Futuro de los Hospitales, en las diferentes culturas. En: http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/origen-y-evolucion.pdf
5- Manual de Instalaciones Modernas para Hospitales. Destinado a los médicos, arquitectos, técnicos, personal de administración, estudiantes y practicantes. Schaerer S.A. Berna, 1928, p:8. (BIHA).
6- Id. p: 6-7.
7- Pons N: Apuntes de ayer, hospitales y hospitalidad. Montevideo, 1997, Editorial Dos Puntos, p:13-14. (BIHA)
8- Manual de Instalaciones Modernas para Hospitales. Op cit. p:11-12.
9- Lockhart J: Historia del Hospital de Clínicas, Montevideo, 1988, Librería Médica Editorial, p: 28.
10- Diario *Acción*, 27 de diciembre de 1949.
11- Diario *Acción, 27* de diciembre de 1949. Traducido de: Rosenfield I: El Hospital, New York, Panamerican Publishing Co. Inc.
12- Diario *Acción*, 27 de diciembre de 1949.
13- Mieres G: El sector salud. 75 años de un mismo diagnóstico. Montevideo, 1997, Sindicato Médico del Uruguay.
14- Libro del Centenario. Montevideo, 1930, p: 641.
15- Pons N: Apuntes de ayer. Hospitales y Hospitalidad. *Ses Soc Uru Hist Med*, 1997-1998, XVIII:46-87.
16- Turnes A: www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/artículos/aepsm.pdf pág 28
17- Piotti D: Historia de la salud en el Uruguay (1830-1995). Parte II. Montevideo, 1997, OPS – Facultad de Ciencias Sociales.
18- Piotti D: Id.
19- Portillo J: Historia de la medicina estatal en Uruguay (1724-1930). *Rev Med Uruguay* 1995, 11:5-18.
20- Mieres G: Op cit.
21- Mieres G: Id.
22- Pons N: Op. cit.
23- Pons N: Id.
24- Pons N: Id.
25- Pons N: Id.
26- Piotti D: Op cit, p:3.

27- Mieres G: Op cit.
28- González Conzi E, Giúdice RB: Batlle y el batllismo. Segunda Edición. Montevideo, 1959, Editorial Medina, pp.: 363-364.
29- Barrán JP: Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. El poder de curar. Montevideo, 1992, Ediciones de la Banda Oriental.
30- Piotti D: Op cit, p:4.
31- Piotti D: Id., p:7.

SEGUNDA PARTE

LA IDEA, LOS SUEÑOS, LA CREACIÓN

"La iniciativa que intento revivir se relaciona exclusivamente con la construcción del Hospital que la Facultad de Medicina necesita, un hospital moderno en el que además de las exigencias de la asistencia hospitalaria, se deberá tener en cuenta las muy fundamentales de la enseñanza médica"

Manuel Quintela
Decano de la Facultad de Medicina*

* Conferencia dictada en el SMU en 1924. http//www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/quintela.pdf

SEGUNDA PARTE

CAPÍTULO IV
Los Antecedentes del Hospital de Clínicas

CAPÍTULO V
Proceso de creación del Hospital de Clínicas

CAPÍTULO VI
La Comisión Honoraria del Hospital de Clínicas bajo la presidencia de Manuel Quintela

CAPÍTULO VII
La Comisión Honoraria bajo la presidencia de Eduardo Blanco Acevedo

CAPÍTULO IV

LOS ANTECEDENTES DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS

Fundación de la Facultad de Medicina
Desencuentros entre la Facultad y la Comisión de Caridad
Acción del Decano Pedro Visca por el Hospital Clínico
Gestión del Decano Elías Regules
Un nuevo edificio para la Facultad de Medicina

Fundación de la Facultad de Medicina

El 15 de diciembre de 1875 se sancionó el siguiente decreto, firmado por el Ministro de Gobierno Tristán Narvaja, refrendado por Pedro Varela en ejercicio de la Presidencia de la República y enviado al Consejo Universitario:

> *"S. E. el Presidente de la República ha dispuesto que se instalen en la Universidad Mayor de la República y en el año próximo, las Cátedras de Anatomía Descriptiva y Fisiología, a cuyo efecto el Consejo Universitario, de acuerdo con la Junta de Higiene, nombrará el Profesor o Profesores que deben desempeñarlas; debiendo someter ese nombramiento a la aprobación del Superior Gobierno.*
> *Se participa a Ud. asimismo, que para el establecimiento de las Cátedras referidas, se ha dispuesto que se aumente al presupuesto de la Universidad, la cantidad de cuatrocientos pesos mensuales desde el próximo mes de enero.*
> *El Gobierno desearía concurrir al establecimiento de la Facultad de Medicina en las condiciones del Reglamento Universitario de 1849 o en más amplias proporciones; pero siente sobremanera no poder llenar necesidad tan sentida por los exiguos recursos que cuenta el Estado.*

> *Así que desaparezcan estas causas, el Gobierno se dedicará con atención preferente a llenar como es debido las necesidades de ese establecimiento. Dios guarde al Consejo. Tristán Narvaja".*[1]

Nació así la Facultad de Medicina, tras casi medio siglo de intentos y frustraciones, gracias al insistente accionar del entonces Rector Plácido Ellauri. Con apenas dos cátedras y sin recursos. Signada por *"los exiguos recursos que cuenta el Estado"*, condición que sería una constante en toda su historia.

Luego de los respectivos concursos, en junio de 1876 se designaron los profesores: Julio Jurkowski para Anatomía y Francisco Suñer y Capdevila para Fisiología. De inmediato se comenzaron los cursos, con 15 estudiantes inscriptos en el aula de Anatomía y 3 en el de Fisiología, en el local situado en la esquina de las calles San Carlos y Santo Tomás (hoy Sarandí y Maciel).

En los años siguientes fue necesario dictar las asignaturas clínicas y de patología práctica, para lo cual se logró que las autoridades del Hospital de Caridad cedieran algunas salas, tras gestiones hechas por la Facultad. Fueron las salas "Vilardebó", donde se dictaba el curso de Patología General, "Larrañaga" para la Clínica Médica y "Maciel" para la Clínica Quirúrgica.[2] Al poco tiempo aparecieron desavenencias entre la Comisión de Caridad y los integrantes de la Facultad.

Desencuentros entre la Facultad y la Comisión de Caridad

La dificultad en la enseñanza de las materias clínicas queda atestiguada por los siguientes comentarios:

En 1887, en ocasión de la inauguración de cursos, decía el 8º Decano de nuestra Facultad de Medicina, el Dr. José María Carafí:[3]

> *"Desde la fundación de la Facultad de Medicina y más especialmente de la Clínica de Partos, nuestros predecesores habían gestionado repetidas veces la creación de una Clínica Obstétrica y Ginecológica. Todas las gestiones que se hicieron en este sentido quedaron infructuosas. Este inmenso vacío recién ha sido llenado el año pasado (1886). La Clínica de Partos ha funcionado por primera vez, durante el año anterior, con gran provecho para los alumnos que terminaban su escolaridad, lo mismo que para las alumnas parteras que antes se presentaban a rendir sus exámenes sin el estudio de la clínica obstétrica".*

Y agregaba Ricardo Pou Ferrari, en su estudio sobre la historia de la especialidad en Uruguay:

> *"Creemos que con anterioridad existía una gran dificultad para que los estudiantes tuvieran acceso a las salas de obstetricia y de partos, las que estaban*

> *cerradas por rejas y a las que sólo entraba el personal y los médicos. Es de destacar, finalmente, que tanto el primer médico egresado de la Facultad, el Dr. José María Muñoz y Romarate (que rindió su examen de tesis el 3 de julio de 1881), como la primera partera, doña Adela Peretti (que dio su examen general el 26 de febrero de 1881) se graduaron con anterioridad a la fundación de la Clínica de Partos. Todos nuestros conceptos se ven apoyados por las siguientes expresiones de [Eliseo] Cantón: "En las poblaciones ribereñas del Plata existía, arraigado, un preconcepto de origen atávico, cual era el de defender la moral y el pudor de la mujer, jamás atacados por la ciencia, impidiendo que los estudiantes examinaran a las gestantes y, mucho menos, vieran producirse los fenómenos del parto y del alumbramiento. De ahí que las maternidades nuestras, al igual que las españolas, permanecieran en esos años clausuradas para la enseñanza, no pudiendo penetrar en ellas los alumnos, ni con la salvaguarda del profesor y de ahí también que los jóvenes se graduasen sin haber presenciado un solo parto normal, ni visto otra intervención obstétrica que los simulacros fantochescos efectuados en los fantomas".*

Manuel Quintela en la Memoria presentada en 1915, que analiza los primeros 40 años de la Facultad decía:

> *"La enseñanza se hacía de un modo deficiente, reducida a una simple visita de los enfermos asilados en ellas, debido a los inconvenientes puestos por las autoridades del establecimiento. En idénticas condiciones se verificaba el aprendizaje de las clínicas.*
> *Este estado de cosas preocupaba seriamente la atención de las autoridades universitarias, por considerarlo sumamente perjudicial para la buena marcha de la institución, así como para sus alumnos, cuya falta de práctica entorpecería en el futuro el cumplimiento de la difícil misión a que aspiraban.*
> *La necesidad de un arreglo con la Comisión de Caridad, era imperiosa, y así lo entendían las autoridades de la Facultad, gestionando por todos los medios compatibles con sus fines y carácter la organización seria y definitiva del servicio de las clínicas. Juzgaban, pues, que le correspondía en su calidad de cuerpo docente ejercer esa superintendencia directa que tienen las instituciones de su índole, en lo que se refiere a la enseñanza científica, y por consiguiente al servicio de las clínicas de las casas de caridad, que consideraba debía estar librado a su exclusiva competencia.*
> *Después de algunos inconvenientes (…) obtuvieron las autoridades de la Facultad, por intermedio del Gobierno, una de las salas: la "Guaraní", que fue destinada para el servicio de Clínica de Cirugía.*
> *Con esta adquisición fue regularizándose dicha enseñanza, a pesar de la disposición de la Comisión del Hospital que manifestó por nota la prevención de que los profesores de la Facultad que pasaran visita en el establecimiento, no podrían hacer ninguna operación quirúrgica sino cuando mereciera la aprobación de dos médicos del establecimiento. La intervención del Gobierno solucionó la cuestión en sentido favorable a las aspiraciones de la Facultad."*

"La Facultad no contaba con más recursos que los que percibía por concepto de matrículas de exámenes, los de títulos y una pequeña asignación de $200 mensuales destinada por el Gobierno para sus gastos. Otros fondos que en concepto de sus autoridades les correspondían, como ser los correspondientes a la revalidación de los estudios de universidades extranjeras, eran percIbídos por la Junta de Higiene Pública, que a pesar de la fundación de la Facultad, continuaba ejerciendo algunas funciones que eran de incumbencia exclusiva de esta última y con verdadero detrimento de sus intereses y atribuciones, pues, las rentas de la Facultad apenas alcanzaban para cubrir sus más apremiantes necesidades. Estas circunstancias dieron motivo a un conflicto entre ambas instituciones, y, elevando el asunto al Poder Ejecutivo para su solución, el fallo gubernativo fue contrario a los intereses de la Facultad".[4]

Américo Ricaldoni, en su emocionado discurso pronunciado en ocasión de sustituirse el nombre de la Sala "Larrañaga" por el de "Pedro Visca" en el Hospital Maciel en 1912, también recordaba tiempos, poco antes calificados por él como *hoscos para la enseñanza*, de la siguiente manera:

"Las clínicas eran en aquella época muy deficientes, y al Hospital debían los estudiantes penetrar poco menos que a hurtadillas, temerosos, siempre, de cruzarse en corredores o escaleras con quien los fulminase por su osadía al perturbar la obra de caridad casi vergonzante que entonces se practicaba. Se incurría en grave pecado demostrando extremado interés por algún enfermo. Las salas femeninas estaban herméticamente cerradas. Se carecía en absoluto de laboratorio. En esas condiciones no era cómoda ni fácil la enseñanza práctica".[5]

Augusto Turenne, en 1935, recordaba:

"Dos entidades se irguieron, desde los comienzos, para obstaculizar la marcha de la Facultad: la Junta de Higiene Pública y la Comisión de Caridad. La primera fundaba sus derechos en su larga evolución técnico-administrativa; pretendía mantener su autoridad controladora de la reválida de títulos profesionales y del ejercicio profesional. De ellos infería que era la única institución capacitada para expedir el título de médico. Larga fue la controversia y accidentada; alguna vez la Facultad pareció ser derrotada, pero nunca se consideró vencida y a la postre su victoria fue completa; ella, solo ella, conservó el derecho de expedir y revalidar títulos de médico, legitimado por un decreto de fecha histórica: 19 de abril de 1882.

El otro adversario, duro, artero más de una vez, implacable siempre, fue la Comisión de Caridad. Dueña del Hospital hoy Maciel, único nosocomio nacional existente en Montevideo, su material clínico era indispensable para la enseñanza. La Comisión de Caridad defendió sus prerrogativas con una acritud a la que no era ajena la certeza de que en la Facultad predominaba

> *el libre pensamiento, el racionalismo espiritualista y el positivismo demoledor de dogmas.*
> *¡Cómo y cuánto luchó la Facultad!*
> *Su gestión incansable obtuvo por disposiciones sucesivas del Poder Ejecutivo la cesión de algunas contadas salas. Otras veces se vio obligada a designar profesores a médicos que eran ya jefes de sala para conseguir que los alumnos pudieran concurrir al Hospital para su aprendizaje.*
> *La lucha por los cadáveres fue épica; todavía recuerdo que tuvimos que robar un cadáver para poder dar examen de medicina operatoria en 1892.*
> *Ya entrado el siglo XX la lucha cesó por la integración de aquella Comisión con elementos poseídos de otras directrices doctrinarias".*[6]

En la "Reseña histórica de la Facultad de Medicina", de autor desconocido, publicada en 1936, se agrega:

> *"Creada la Facultad, era necesaria dotarla de un local espacioso donde pudieran empezar a funcionar sus aulas y sobre todo un salón para disecciones; puesto que la Comisión del Hospital de Caridad se había negado a que estas se hicieran en el anfiteatro de aquel establecimiento. Hubo entonces que desalojar la Escuela Pública situada en la antigua Casa de Ejercicios que funcionaba en los salones del antiguo Instituto de Instrucción Pública, y allí, en esos pequeños e incómodos locales se dio comienzo a los cursos, contando como único material de enseñanza, con un esqueleto, algunos huesos sueltos, una autopsia, unas cajas de disección, cuerpos clásicos y otros reducidos útiles".*[7]

Por su parte, Jorge Lockhart, en su "Historia del Hospital Maciel"[8] recuerda hechos que reflejan claramente el desentendimiento entre la Comisión de Caridad y la Facultad de Medicina. Relata que en una ocasión

> *"El Dr. Pugnalin, hombre que indiscutiblemente significaba un gran progreso de nuestra Medicina, encontró en una de las reparticiones del hospital una mujer que acababa de sufrir una lipotimia. Pugnalin trató de reanimarla recurriendo, entre otras cosas, a darle unos golpecitos en las mejillas. La enferma salió de su transitoria pérdida de conocimiento y denunció a Pugnalin acusándolo de haberla abofeteado. Esta denuncia bastó para que la Comisión resolviera suspender al Dr Pugnalin prohibiéndole la entrada al hospital".*[9]

También refiere que

> *"Los practicantes de aquella época eran barberos y les llamaban también flebótomos o sangradores. Estos practicantes eran barberos, sacaban sangre, extraían muelas y hacían otros trabajos similares. Lo peor del caso es que los estudiantes de medicina no podían ser practicantes. La Facultad resolvió, entonces, crear los alumnos internos, que ella misma los pagaba. No fue*

> *nada fácil que la Comisión facilitara la tarea de los internos. Cuando éstos pidieron que les dieran una pieza para vivir en el Hospital la petición fue denegada aduciendo que era la Facultad la que tenía que ocuparse. También, en el primer momento, se les negó que hicieran guardia con los flebótomos. Un miembro de la famosa Comisión les dijo a los solicitantes en una oportunidad: "Si quieren hacer guardias paséense por los corredores".*[10]

Luego de que José Scoseria fuera nombrado Decano, entre 1898 y 1904, mejoraron las relaciones:

> *"Era entonces Ministro del Presidente Cuestas el doctor Campisteguy, de quien Scoseria era muy amigo, y a quien le solicitó un cargo en la Comisión del Hospital. Cuando Campisteguy le preguntó el motivo, la respuesta fue: "Simplemente para que el Decano de la Facultad pueda entrar al Hospital". Continúa Scoseria diciendo que le costó entrar en la Comisión y que le dieron cierta fama de "come frailes" y que iba dispuesto a "atacar la religión católica". Y de allí que entrara solo como suplente y recién fuera titular al año siguiente. Después pasó a ser Director de la Comisión, sustituyendo al Dr. Piñeyro del Campo en 1905 y desde entonces se acabaron los conflictos".*[11]

Estas exposiciones reflejaban los puntos de vista, compartidos, de los médicos docentes y de los estudiantes de medicina. Obviamente dominados por la imprescindible necesidad de impartir y recibir enseñanza. Muy distinta era la posición de la Comisión de Caridad, que se negaba a perder su autoridad ejercida a través de los integrantes de la Comisión y de un plantel médico de su confianza. Desconfiaba de las conductas de los estudiantes y veía que la indefensión de los enfermos, todos ellos indigentes, era absoluta ante cualquier exceso médico. Para la Comisión, resultaba afrentosa la intención de realizar disecciones anatómicas en el anfiteatro del hospital, con cadáveres hasta poco antes enfermos del propio hospital, y escandalosa la concurrencia de estudiantes, todos ellos hombres, a la sala de mujeres, o la habilitación de una pieza para los alumnos internos de guardia.

En el fondo las diferencias eran filosóficas. Se oponían el espiritualismo religioso y conservador al positivismo racional. Se enfrentaban el poder religioso y el poder médico. Esta disputa era totalmente ajena a los enfermos, sobre los que caerían los supuestos beneficios o perjuicios. En este conflicto no se esgrimieron argumentos éticos que tuvieran como centro al paciente y sus derechos. Las referencias a los pacientes no eran a su carácter de seres humanos sino de receptores pasivos de la "caridad" por un lado, o de la "ciencia médica" por el otro. El enfermo no tenía rol activo y carecía de derechos.

Acción del Decano Pedro Visca por el Hospital Clínico


Figura 1.- Pedro Visca (1840-1912). Siendo Decano de la Facultad de Medicina, en 1887 realizó la primera gestión para crear un hospital docente al que llamó Hospital Clínico, ante el Rector, sin éxito. (Oleo de Manuel Barthold, 1914).

Las dificultades entre la Facultad de Medicina, la Comisión de Caridad y la Junta de Higiene Pública llevaron a que surgiera la idea de un hospital dedicado a la enseñanza. Durante su breve decanato, Pedro Visca (Fig. 1) elevó al Rector de la Universidad, Alfredo Vásquez Acevedo, una serie de solicitudes, entre ellas la necesidad de crear un hospital docente (Hospital Clínico), de manera de independizar a la Facultad de Medicina de las decisiones de la Comisión de Caridad, que regenteaba en propiedad la asistencia del Hospital de Caridad.* El Rector, en la discusión de la nota de Visca en el Consejo de Enseñanza Secundaria y Superior, manifestó: 1º) Que a instancias del Decano anterior doctor Carafí había hecho algunas gestiones acerca de la Comisión del Hospital de Caridad, en el sentido de consignar mayores facilidades para la enseñanza clínica, que posteriormente había tenido una conferencia detenida acompañado por el doctor Visca con la misma comisión al mismo efecto y que se esperaba en un momento a otro la resolución de aquella corporación sobre los distintos pedidos que se le habían dirigido. 2º) Que consideraba imposible dada la situación del erario, la construcción y mantenimiento de un Hospital Clínico; que a su juicio no existía tampoco necesidad evidente en la fundación de ese establecimiento, porque el Hospital de Caridad podía servir perfectamente para enseñanza clínica. 3º) Que en su concepto si la Comisión de Caridad no proporcionaba a la Escuela de Medicina todos los medios necesarios para la enseñanza clínica, lo único procedente y arreglado era dirigirse al Gobierno para que obligase a esa corporación a prestar los servicios reclamados en toda su extensión. Esta rotunda opinión del Rector hizo que el proyecto de Visca fuera desechado y así naufragara el primer planteamiento de

* Pedro Visca fue Decano desde junio de 1887 hasta julio de 1889; pero de este período solo cumplió 11 meses, desde julio de 1887 a junio de 1888, desempeñándose Elías Regules como decano interino el resto del tiempo, para sucederlo luego en forma titular.

creación de un hospital a nivel universitario. Meses después Visca dejó su lugar a Regules y finalmente, decepcionado, renunció al decanato.[12]

Gestión del Decano Elías Regules



Figura 2.- Elías Regules (1861-1929). Durante su gestión como Decano de la Facultad de Medicina, en 1889 solicitó al Rector que el Hospital de Caridad se dividiera en dos secciones, una asistencial, que seguiría a cargo de la Comisión de Caridad, y otra de función docente, a cargo de la Facultad de Medicina. No tuvo éxito. (AFEW).

En 1889, siendo entonces Decano titular el doctor Elías Regules (Fig.2), ante un nuevo entredicho entre la Facultad de Medicina y la Comisión de Caridad, planteó al Rector, que seguía siendo Vásquez Acevedo, la conveniencia de dividir el entonces Hospital de Caridad en dos secciones, una para realizar función asistencial exclusiva, a cargo de la Comisión de Caridad, y otra para realizar función docente, a cargo de la Facultad de Medicina. Al mismo tiempo, estableció que consideraba conveniente la construcción de una casa de estudios docente asistencial, a fin de poder dar la enseñanza más adecuada a los futuros profesionales. Esta propuesta tampoco tuvo eco en las autoridades.

Un nuevo edificio para la Facultad de Medicina

En los años siguientes no se repitieron iniciativas como las de Visca y Regules respecto a un hospital clínico. Las necesidades de nuevos locales para la Facultad fueron haciéndose prioritarias y hallaron atención en las autoridades, ante el crecimiento del número de los estudiantes y el deterioro del viejo edificio de la calle Sarandí que le servía de sede (Fig. 3). En 1885 se inauguró un anfiteatro de disección. En 1890 se construyó un laboratorio de Química y una sala para clases (Fig. 4). En el mismo año se comenzaron trámites para la adquisición de la “Capilla de los Ejercicios”, enclavada en el recinto de la Facultad, que finalizaron en 1892 con la compra del edificio y sus adyacencias (Fig. 5). En 1895 se aprobó la creación del Instituto de Higiene Experimental y se votaron recursos para ubicarlo físicamente, construyendo una segunda planta sobre el edificio de la Facultad. Fue inaugurado al año siguiente (Fig. 6). El Rector Vásquez Acevedo, el mismo que se había negado a un hospital clínico, en su informe del



Figura 3.- Edificio ocupado por la Facultad de Medicina cuando inauguró sus cursos de Anatomía y Fisiología en 1876. Ubicado en la esquina de las actuales calles Sarandí y Maciel, había servido de sede a la Universidad de la República. (De: Quintela M: Memoria de la Facultad de Medicina 1875-1915).

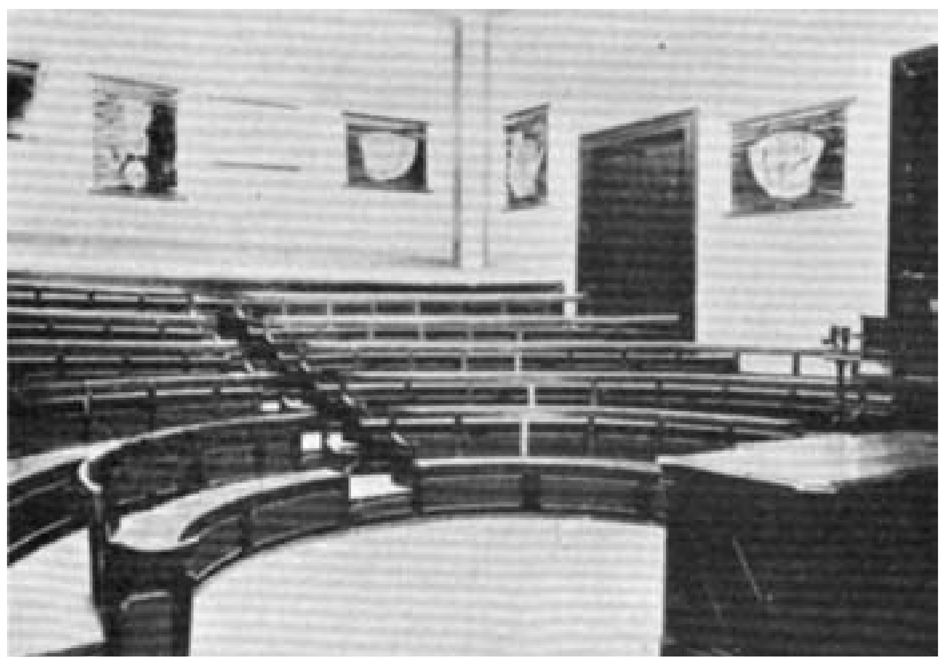


Figura 4.- Anfiteatro de la vieja Facultad de Medicina, construido en 1890. (De: Quintela M: Memoria de la Facultad de Medicina 1875-1915).



Figura 5.- La "Capilla de los Ejercicios", enclavada en el recinto de la Facultad de Medicina pero ajena a ella, fue adquirida en 1892 para ampliar la capacidad locativa de la Facultad. (De: Quintela M: Memoria de la Facultad de Medicina 1875-1915).

año 1897, estimaba que a pesar de las mejoras logradas, era necesario dotar a la Facultad de Medicina de un edificio especial para su sede:

"Sobre la base de los terrenos que hoy posee la Universidad, quizá fuera posible llevar a cabo la construcción de un edificio especial para la Facultad de Medicina, sin obligar al erario público a un nuevo desembolso…En oportunidad he de someter a la corporación un proyecto que considero de fácil ejecución".[13]

Este proyecto fue presentado en 1899 y luego fue elevado a la Asamblea Legislativa para su consideración, donde quedó empantanado. El 19 de abril de 1901 se celebraron los 25 años de funcionamiento de la Facultad de Medicina con una fiesta en el viejo local (Fig. 7). A esta fiesta fueron invitados los altos Poderes del Estado, a fin de que pudieran apreciar el estado del edificio de la Facultad. El profesor Américo Ricaldoni (Fig. 8) pronunció un muy elocuente discurso en el que puso de manifiesto la imprescindible necesidad de un nuevo edificio propio. Poco después, en junio, se dictó la ley que autorizaba la construcción del edificio de la Facultad de Medicina. Sancionada la ley, el Consejo Universitario encomendó al Decano José Scoseria (Fig. 9) y al consejero ingeniero José Serrato, la confección de las bases para el concurso de planos. En 1903, durante el rectorado de Claudio Williman, se hizo el llamado a concurso de planos, y se nombró un jurado integrado por el Rector Williman, el Decano Scoseria, los ingenieros Juan Gianelli, Florencio Michaelson y Juan Monteverde y el arquitecto Emilio Boix. El proyecto ganador fue el presentado por el arquitecto uruguayo Jacobo Vásquez



Figura 6.- La Facultad de Medicina en 1900, con dos plantas. En 1896 se había inaugurado el Instituto de Higiene Experimental, que ocupó una segunda planta agregada al primitivo edificio de la Facultad. (De: Quintela M: Memoria de la Facultad de Medicina 1875-1915).



Figura 7.- Acto del 19 de abril de 1901, en el que se reclamó a las autoridades presentes un nuevo local para la Facultad. (De: Quintela M: Memoria de la Facultad de Medicina 1875-1915).



Figura 8.- Américo Ricaldoni (1867-1928). Defensor pertinaz de todo lo que mejorara la enseñanza médica, impulsó la creación del nuevo edificio de la Facultad y más tarde del Hospital de Clínicas universitario. (AFEW)



Figura 9.- José Scoseria (1861-1946). Durante su Decanato, en 1901, se aprobó la ley que autorizaba la construcción del nuevo edificio de la Facultad de Medicina, se confeccionaron las bases para el concurso y se hizo el llamado a concurso de planos, que ganó el arquitecto Jacobo Vásquez Varela. (AFEW).

Varela. El 22 de octubre de 1904* se colocó la piedra fundamental de la que sería primera Facultad con edificio propio, en solemne ceremonia a la que con-



Figura 10.- Acto de colocación de la piedra fundamental del nuevo edificio para la Facultad de Medicina el 22 de octubre de 1904. El Presidente José Batlle y Ordóñez aparece firmando y Francisco Soca, orador en el acto, aparece a la izquierda del lector. (De: Quintela M: Memoria de la Facultad de Medicina 1875-1915).

* Esto ocurría apenas un mes y doce días luego de culminada la Revolucion de 1904 tras la muerte de Aparicio Saravia luego de la Batalla de Masoller.



Figura 11.- En el mismo acto, el Decano José Scoseria examina los planos. (De: Quintela M: Memoria de la Facultad de Medicina 1875-1915).



Figura 12.- El nuevo edificio de la Facultad de Medicina, en el que se comenzó a dictar clases en 1911. (De: Quintela M: Memoria de la Facultad de Medicina 1875-1915).

currió el Presidente José Batlle y Ordóñez y en la que hizo uso de la palabra en nombre del Cuerpo de Profesores de la Facultad Francisco Soca (Figs. 10 y 11). En los años siguientes fue necesario arbitrar nuevos recursos para la prosecución y terminación de las obras. Finalmente, el 24 de abril de 1908 se inauguraba la primera de las obras terminadas, el Instituto de Química de la Facultad de Medicina,[14] y en 1910 se completaban las obras del edificio principal (Fig. 12), donde se comenzó a dictar clases en 1911.*

* El Salón de Actos se inauguró en 1911 con una conferencia sobre insuficiencia renal "Azotemia y enfermedades de Bright" dictada por el Prof. Ferdinand Widal de Paris (Quintela M: Op cit, pp:224-225).

CAPÍTULO V

PROCESO DE CREACIÓN DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS

El proyecto Sudriers
El Comité de Estudiantes Pro Nuevo Hospital
Informe Quintela - Turenne
La visión de Américo Ricaldoni
Un mensaje de Carlos Butler
La acción de Manuel Quintela
El proyecto de los médicos diputados de 1924
El proyecto en la Cámara de Representantes
El proyecto ingresa al Senado
Se agrega el interés estudiantil por el Hospital de Clínicas
Intervención de la Asistencia Pública Nacional
La negociación del Decano Manuel Quintela
La administración del Hospital
Discusión en el Senado del artículo 1º
Discusión de los restantes artículos
Aprobación del proyecto y su texto
La "Ley Quintela"

El proyecto Sudriers

A pesar de que el edificio nuevo acaparó las energías del Consejo de la Facultad, el hospital clínico no se había olvidado. En 1906, el diputado por Canelones ingeniero Víctor B. Sudriers (1874-1958),* atendiendo a demandas de la prensa y de los centros médicos, y a las protestas públicas por las insuficiencias y el precario estado de los establecimientos hospitalarios, presentó al Parlamento un proyecto para la construcción de un gran hospital que decía:

> *Artículo 1º. Destínase hasta la suma de un millón de pesos a la adquisición de siete hectáreas de terreno y construcción de un hospital de mil camas de capacidad.*
> *Artículo 2º. Facúltase al P.E. para enajenar o destinar a otro servicio público el actual Hospital de Caridad.*
> *Artículo 3º. Para el pago de intereses y amortización del capital que esta ley demande, créase un impuesto de cinco por ciento sobre las entradas brutas de todos los espectáculos pagos en la capital.*
> *Artículo 4º. Destínase el excedente de esta renta al tesoro de Caridad, creado por ley de Agosto de 1898.*
> *Artículo 5º. El P.E. reglamentará la presente ley.*
> *Artículo 6º. Comuníquese, etc.*

El proyecto Sudriers no fue tratado en esa legislatura y se archivó.


Figura 13.- Miguel Becerro de Bengoa (1880-1960). Integró el "Comité de Estudiantes pro Nuevo Hospital" y dirigió una intensa campaña de prensa desde la *Revista de los Hospitales*, a favor del nuevo hospital propuesto por Víctor Sudriers. (AFEW)

El Comité de Estudiantes Pro Nuevo Hospital

A los reclamos de la población por mejoras hospitalarias se agregó en 1910 el de los estudiantes de Medicina. Ese año se creó el Comité de Estudiantes Pro Nuevo Hospital, integrado por los bachilleres Miguel Becerro de Bengoa (Fig. 13), Alfredo Pérsico, José F. Arias y José M. Silva Antuña. Este Comité comenzó una intensa movilización incluyendo una campaña de prensa decidida y enérgica a favor del nuevo hospital en la *Revista de los Hospitales*,

* En algunos documentos figura "Soudriers".

dirigida por Becerro de Bengoa, y que junto a la *Revista Médica del Uruguay*, eran las únicas publicaciones periódicas médicas del país. Reinstalado el tema en la sociedad, la Cámara de Representantes recabó, en abril de 1910, la opinión de la Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública y la de la Facultad de Medicina sobre el proyecto Sudriers. El Consejo de la Facultad nombró una comisión integrada por el decano Manuel Quintela (Fig. 14) y el vocal Augusto Turenne (Fig. 15) para estudiar el asunto, comisión que se expidió en junio del mismo año.



Figura 14.- Manuel Quintela (1865-1928). En su carácter de Decano en junio de 1910 elaboró, junto con Augusto Turenne, un informe a solicitud de la Cámara de Representantes, sobre el proyecto de nuevo hospital presentado por Víctor Sudriers. Fue el comienzo de una prolongada lucha tras la meta de un hospital universitario. (AFEW)

Informe Quintela - Turenne

Del informe de esta comisión, que fue aceptado y aprobado por el Consejo, extraemos los puntos más importantes:

"El proyecto del ingeniero Sudriers cristaliza una tendencia latente desde hace varios años y la campaña de la prensa recientemente iniciada con una vehemencia muy propia de nuestro carácter nacional, ha dado resonancia a hechos que desde larga fecha habían sido observados y corregidos paulatinamente sin llegar a subsanarlos por completo ni a evitar su repetición o continuación, por tropezar con múltiples inconvenientes, entre los que deben señalarse en primera línea la carencia de recursos económicos para llevar a cabo una obra que no fuera un simple paliativo y representara en cambio una etapa saliente en la historia de nuestra organización de servicios de asistencia pública."



Figura 15.- Augusto Turenne (1870-1948). Autor, con Quintela, del informe sobre el nuevo hospital que concluye que el mismo será destinado a la enseñanza clínica dada por la Facultad de Medicina y su construcción responderá a ese objeto. (AFEW)

"Un punto capital del proyecto a estudio es la desaparición del Hospital de Caridad. ¿Es esta desaparición necesaria? ¿Es conveniente?(....) Suprimir el Hospital de Caridad, aún construyendo otro, no subsanaría sino

en parte la necesidad de ampliar la capacidad de los hospitales de Montevideo(....) Disminuir la capacidad del Hospital de Caridad a lo que normalmente debe ser, restringirla, a 200 o 250 enfermos, limitar a las enfermedades comunes y a los accidentes de urgencia (médicos, quirúrgicos y obstétricos), permitirá aprovechar una construcción que si bien está lejos de representar el desiderátum del hospital moderno, no es tampoco el infierno que se ha descripto. Hay en las amplias y limpias salas del Hospital de Caridad, espacio suficiente para alojar higiénicamente a un buen número de enfermos, y reducida la cantidad de éstos, será muy fácil proveer a cada una de ellas de las instalaciones sanitarias requeridas por los más severos higienistas. Creemos, pues, que se cometería un error suprimiendo el actual Hospital de Caridad; lo razonable es ponerlo en condiciones de prestar servicios útiles, limitando la cantidad y la calidad de los allí asilados."

"No menos atención requiere el estudio de las condiciones del hospital a construirse. ¿Conviene construir un hospital con gran número de camas? Para nosotros es preferible construir dos o tres hospitales con un número limitado de camas, en puntos por decir así estratégicos, que correspondan a los centros de población que rodean al primitivo núcleo montevideano. Si queremos difundir entre la clase desheredada los beneficios materiales y morales de la asistencia pública, debemos ponerlos a su alcance, y no es por cierto obligar a hacer trayectos de 3 o 4 kilómetros, aún en tranvía, lo que propiciará la realización de tales propósitos: volvemos a repetir, que el trazado de las vías de comunicación urbanas y suburbanas obsta a la construcción de un gran hospital central. ¿Cuál será, pues, la capacidad conveniente? Opinamos que esta debe oscilar entre 500 y 550 enfermos. Además de las razones ya expuestas, hay otra que creemos llegado el momento de hacer valer. Limitado el Hospital de Caridad en la calidad y cantidad de sus enfermos, la enseñanza que allí se da por los profesores de la Facultad de Medicina se vería restringida sensiblemente; no se puede hacer buena y fructuosa clínica sin disponer de material abundante y variado, y esta circunstancia es la que nos lleva a aconsejar que dicha enseñanza sea hecha en el nuevo hospital. Un hospital clínico debe disponer de muchas camas, pero no en tal exceso que pueda diluirse la atención que requiere el estudio metódico de cada enfermo. Un hospital clínico necesita rodearse de un cierto número de anexos (Instituto de Anatomía Patológica, Anfiteatros, Laboratorio) que aumentan el área habitualmente establecida para los hospitales comunes y aparece entonces el inconveniente más serio con el que puede tropezar la construcción de un hospital con gran número de camas y a la vez dedicado a la enseñanza. Si se desea ubicarlo en un sitio accesible y encuadrado en la edificación urbana o apenas suburbana, la posibilidad de disponer de las 10 o 12 hectáreas necesarias para su construcción se aleja, a pesar de las facilidades que pueda dar la ley de expropiaciones. Es menester, además, que los servicios de saneamiento del establecimiento sean fáciles de llevar a cabo y este inconveniente no es por cierto de los menores. Accesoriamente podríamos agregar en apoyo de la concepción de un Hospital

de Enseñanza Clínica que no debe estar muy alejado de la nueva Facultad de Medicina."

"Conclusiones*: 1º El Hospital de Caridad debe mantenerse, limitando su capacidad a 200 o 250 enfermos. Solo se asilarán allí las enfermedades comunes (no infecto contagiosas) y los casos de urgencia. 2º La capacidad del nuevo hospital será de 500 a 550 camas, con un área no menor de 4 a 5 hectáreas dentro de los límites fijados en el informe. 3º El hospital será destinado a la enseñanza clínica dada por la Facultad de Medicina y su construcción responderá a este objeto. Augusto Turenne, Manuel Quintela".*[15]

La Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública, en conocimiento del anterior informe, pasó éste a estudio de una comisión técnica integrada por los doctores Arrizabalaga, Turenne y Quintela, que de inmediato se pronunció aconsejando su aceptación. Al año siguiente, 1911, siendo que la Comisión Nacional de Caridad había sido sustituida en la dirección de la asistencia pública por la recién creada Asistencia Pública Nacional, la Cámara de Representantes reiteró la comunicación del año anterior. El Director de la Asistencia Pública Nacional, Dr. José Scoseria, produjo un informe en el que además de dar su opinión concordante con la de la Facultad de Medicina sobre el proyecto Sudriers, se extendió en otras consideraciones acerca de las obras que era necesario realizar para llenar las exigencias de la asistencia hospitalaria.

El propio Quintela, en una conferencia dictada en el Sindicato Médico en 1924, volvía a recordar:

"En el año 1906, la Comisión de Caridad, el Parlamento, la Prensa, los médicos de los hospitales, los estudiantes de medicina – repetidas veces se ocuparon del estado precario en que se encontraban los establecimientos hospitalarios de nuestra capital. Seguramente no estábamos en la situación de aquella época negra de nuestra historia hospitalaria, en la que los enfermos sufrían hambre y frío; pero era evidente que en el Hospital de Caridad y en el Manicomio Nacional, había hacinamiento de enfermos, su número era muy superior al que toleraban los más elementales principios de higiene nosocomial. Ya no bastaba que las salas de enfermos y los corredores de los hospitales estuvieran repletos de catres, pues algunas veces se hacía necesario que los asilados durmieran de a dos por cama. De esta situación de hacinamiento anti-higiénico e inmoral, surgió la presentación por el ingeniero Víctor Sudriers de un proyecto de hospital con capacidad para mil camas. Tal iniciativa fue recIbída con viva simpatía, por los que conocían la situación afligente de la asistencia hospitalaria y todo hacía esperar que en plazo no lejano, se vería convertida en una hermosa realidad. La Cámara de Representantes, en Abril de 1910, recabó la opinión de la Facultad de Medicina y de la Comisión Nacional de Caridad sobre dicho proyecto, a fin de encontrarse habilitada para tratarlo.

La Facultad no demoró en dar su opinión, pues en Junio del mismo año aprobaba el informe que el doctor Turenne y yo habíamos presentado.
En Marzo de 1911, no habiendo aún dictaminado la Asistencia Pública Nacional, que había sustituido a la Comisión Nacional de Caridad en la dirección de la asistencia pública, la Cámara de Representantes reiteró su comunicación del año anterior y en Mayo del mismo año, el doctor José Scoseria, Director de la Asistencia Pública, produjo un informe muy bien documentado en el que además de dar su opinión concordante con la de la Facultad de Medicina, sobre el proyecto Sudriers, se extendía en otras consideraciones acerca de las obras que era necesario realizar para llenar las exigencias de la asistencia hospitalaria cuyas deficiencias no sólo existían en los Hospitales Maciel y Vilardebó sino que se notaban en casi todos los servicios dependientes de la Asistencia Pública Nacional. Terminaba su exposición el doctor Scoseria con un plan financiero que daría los cuatro millones de pesos a que ascenderían las obras que planeaba en su informe.
En Marzo de 1922 tuve la oportunidad de decir, con el aplauso de un numeroso auditorio de profesores y de estudiantes, que era necesario abordar sin demora el pensamiento de dotar a la Facultad de Medicina de un hospital clínico construido en medio de amplios jardines, dotado de los elementos de distracción que hagan más tolerable la vida hospitalaria al pobre enfermo que se ve privado de la salud y del cariño del hogar y con todos los elementos que exige la enseñanza de la medicina. La Facultad no insistió en este programa por haberlo solicitado así el Director de la Asistencia Pública Nacional, que creía poderlo realizar en un plazo breve. Desgraciadamente, tan loable propósito ha quedado hasta hoy en proyecto por falta de recursos primero y después porque los Consejos que se han sucedido en la Dirección de la Asistencia Pública, han creído servir mejor los intereses que les estaban confiados, destinando los recursos de que ha dispuesto la Asistencia Pública, a reformar los servicios hospitalarios existentes y a la construcción de la Maternidad, del Pabellón de Ginecología, de la Colonia de Alienados, de hospitales departamentales, etc., etc. Con la ejecución de este vasto plan, sin duda alguna, la Asistencia Pública ha realizado una obra muy meritoria, y con ella puso término a una grave situación hospitalaria que motivó la presentación del proyecto Sudriers, - pero la aspiración de la Facultad de Medicina sufrió una nueva interrupción.
En esta breve historia del Hospital Clínico, no hago mención del proyecto del doctor Becerro de Bengoa presentado a la Asistencia Pública en 1918, porque esta iniciativa se refería a la transformación del viejo Manicomio en un Hospital General de enfermedades agudas, a la construcción de un Hospital Psiquiátrico y al ensanche de la Colonia de Alienados – mientras que la iniciativa que intento revivir se relaciona exclusivamente con la construcción del Hospital que la Facultad de Medicina necesita, un hospital moderno en el que además de las exigencias de la asistencia hospitalaria, se deberá tener en cuenta las muy fundamentales de la enseñanza médica". [16]

A diferencia del proyecto Sudriers, el informe Quintela-Turenne señala con precisión que el nuevo hospital será destinado "a la enseñanza clínica dada por la Facultad de Medicina" y reiteradamente lo denomina "hospital clínico". El Comité de Estudiantes apoyó este informe con la salvedad de que aunque se construyera un hospital para 500 o 600 camas, el terreno a comprar debía permitir una ampliación a 800 o 1000 camas. Sus integrantes decidieron además entrevistarse con el presidente de la Comisión de Fomento de la Cámara de Representantes, Domingo Arena, para pedirle una rápida consideración del proyecto Sudriers. Arena les contestó que era imposible tratarlo en las sesiones ordinarias que le restaban a la Legislatura y les aconsejó que se entrevistaran con el Presidente de la República con objeto de pedirle que incluyera el asunto en las sesiones extraordinarias.[17] Becerro de Bengoa solicitó audiencia al Presidente, el Dr. Claudio Williman, que no fue concedida, por lo que el Comité decidió enviarle una nota en la que solicita "se sirva incluir entre los asuntos a tratarse en las próximas sesiones extraordinarias, el importantísimo proyecto del ingeniero Sudriers". No hubo respuesta y el período legislativo llegó una vez más a su fin sin tratarse el proyecto. En diciembre de 1910 escribía Miguel Becerro de Bengoa en la Revista de los Hospitales:

> *"El ilustrado catedrático de Física, el correcto Decano de la Facultad de Preparatorios, el inflexible Rector de nuestra Universidad, el "amigo de los muchachos" que le sirvieran de pedestal para elevarse a la Presidencia de la República, se ha negado a llevar a cabo una obra que piden a voces todos los intelectuales del país y baja de la primera magistratura de la República escatimando una gota de tinta, lo único que le han pedido los que fueron sus amigos hace apenas un lustro, cuando aún creían en su consecuencia y en su carácter."*
>
> *"La Cámara pidió a la Comisión Nacional un informe sobre el proyecto del ingeniero Soudriers, haciendo de su parte todo lo que era dable hacer, y la Facultad de Medicina, en unión con la Comisión Nacional, produjeron el informe solicitado. Para que todo se convirtiera en la más hermosa de las victorias, sólo faltaba que el Presidente de la República, demostrando su interés por el progreso nacional y por los ideales de la juventud universitaria, incluyera el proyecto entre los que debían tratarse en las sesiones extraordinarias de la Cámara. Pues bien, el señor Presidente, que se negó a recibir a una delegación de estudiantes de Medicina, omitiendo también la contestación de estilo que la galantería impone, se negó después por cuatro veces a prestar su atención a tan importante obra de progreso nacional".*
>
> *"Dentro de pocos días habrá cambiado el horizonte de la política; esperemos mejores tiempos, y esperen con nosotros todos los desvalidos que hasta la fecha han sido despreciados por los que han ido hasta las cumbres por un capricho de la suerte y que parece que nunca hubieran conocido los rigores de la miseria".*[18]

El 1º de marzo siguiente, 1911, asumió la presidencia por segunda vez José Batlle y Ordóñez, y los estudiantes decidieron insistir con su reclamo de un nuevo hospital.

El reclamo estudiantil hizo que uno de los diputados, el doctor Gregorio Rodríguez, mocionara para que se pidieran informes a la Asistencia Pública Nacional, recientemente creada, sobre el proyectado gran hospital, el 4 de marzo. Dos meses después, la Asistencia Pública no había contestado. El Comité de Estudiantes creyó entonces que su deber era renovar su solicitud al nuevo presidente y agregar un pedido de habilitar un edificio próximo al Hospital Maciel, como anexo, mientras durara la construcción del nuevo hospital, cosa que hizo por carta. La Asistencia contestó negativamente esta sugerencia a través del diario *El Siglo*, argumentando que era innecesaria la creación del anexo. El Comité citó a la Asistencia al Hospital Maciel para demostrar en el lugar de los hechos la veracidad de sus dichos, pero la Asistencia no concurrió. Ante el nuevo fracaso, dio por concluida su tarea el Comité de Estudiantes.

La visión de Américo Ricaldoni

El clamor por el hospital clínico pasó a integrar la conciencia médica en todo el país. Durante los siguientes años, desde todos los ambientes de la Medicina, de la Facultad y de los estudiantes, se siguió insistiendo en el mismo reclamo.

Como ejemplo, recordemos las palabras de Américo Ricaldoni en el discurso pronunciado cuando se cambió el nombre de Sala "Larrañaga" por el de Sala "Pedro Visca" en el Hospital Maciel en 1912:

> *"Si la organización de este Hospital lo hubiese consentido, todo quizás se habría llegado a conciliar, manteniendo a la Sala su primera designación y dándose el nombre de Visca al anfiteatro de cursos que se le hubiese anexado. En el Hospital de Clínicas futuro, verdadera tabla rasa que permitirá todas las inscripciones, tendrá, no lo dudo, decretada su existencia el "Anfiteatro Visca", en el que el busto del incomparable Profesor presidirá las doctas reuniones…"*

Y más adelante:

> *"Hace apenas veinte años la Facultad no era más que una simple reunión de niños traviesos, que jugaban a "los doctores y los sabios". Desde entonces acá, las autoridades universitarias se han sucedido, llevando como propósito firme la realización experimental de la enseñanza: los laboratorios se han multiplicado y se han ido colocando a la altura de las aspiraciones modernas; las clínicas se han dividido y subdividido, adjuntándoseles un material cada vez más abundante de investigación y estudio. Los institutos biológicos son hoy*

una realidad. Para un futuro próximo vislumbramos en función el Hospital de Clínicas, que deberemos a los valientes y tenaces esfuerzos combinados de nuestro actual Decano y del Director de la Asistencia Pública, y que, concebido según un plan generoso por las meditaciones austeras de la Ciencia, se ofrecerá al Dolor como templo supremo de la Esperanza".[19]

El 5 de mayo de 1927, en la inauguración del Instituto de Neurología que hoy lleva su nombre, volvía Ricaldoni sobre el tema:

"Además, se ofrece, y para dentro de un plazo no muy lejano, la perspectiva del Hospital de Clínicas, de ese hospital – proyecto magno del doctor Quintela – tantas veces anhelado, en el que la colmena entera de la Facultad dispondrá de abundante material para elaborar su miel, y en el que el Instituto de Neurología podrá entonces levantarse airoso y completarse con una sección de Fisiología Experimental, que permita las más audaces y delicadas investigaciones. Hasta ese momento habrá que ser benévolos e indulgentes con nosotros".[20]

Era la esperanza de un futuro mejor, digno y moderno, libre de ataduras e impedimentos que perturbaran la adecuada formación de nuestros futuros médicos.

Un mensaje de Carlos Butler

El 13 de agosto de 1920, el Director del Instituto de Radiología[21] Carlos Butler (Fig. 16) dictó una conferencia a los estudiantes en el local de la Asociación de los Estudiantes de Medicina, titulada "Algo sobre enseñanza de la Medicina. El Hospital de Clínicas", que luego fue publicada (Fig. 17). En la misma hizo repetidas referencias al proyectado Hospital de Clínicas, y a la defensa que del mismo hacían docentes y egresados, y exhortaba a los estudiantes a seguir igual camino. A continuación ofrecemos algunas de esas consideraciones:



Figura 16.- Carlos Butler (1879-1945). Director del Instituto de Radiología, defensor y propulsor de la creación del Hospital de Clínicas. (AFEW)

"¿No es una verdad, acaso, reconocida por todos, que la mayoría de



Figura 17- Carátula de la publicación de la conferencia dictada por C. Butler. (FDAN).

nuestros servicios clínicos son impresentables, que nos sonrojamos cuando tenemos que mostrarlos a un médico extranjero y que tenemos que pedirle benevolencia en el juicio que pueda hacer de nosotros por el estado en que ellos se encuentran?
¿No es una mancha para nuestro país tener para la asistencia de enfermos y para la enseñanza de la Medicina, esos depósitos donde se hallan hacinados los pacientes en salas y corredores desprovistos de las condiciones de higiene más elementales; donde la mayoría de las salas de operaciones y de curaciones son inadecuadas para llenar su objeto; donde los estudiantes casi nunca ven, no diré los detalles, sino los diversos tiempos de una intervención quirúrgica; donde los servicios de medicina y de cirugía no tienen sus grandes y completos anfiteatros para hacer demostraciones, ante un número crecido de alumnos, de curvas térmicas, de la respiración, del pulso, de trazados electro-cardiográficos, de preparaciones microscópicas de histología normal y patológica, de esquemas, negativos y positivos radiográficos, de análisis químicos, y de exámenes bacteriológicos, como lo exige toda buena enseñanza?
¿Es posible hacer bien la enseñanza de la Medicina y la asistencia de los asilados, en hospitales que carecen de servicios bien organizados?
¿No sería justo que además de los monumentos y certámenes que se piensa realizar en el primer aniversario de nuestra independencia, se hiciera y se inaugurara para esa fecha el Hospital de Clínicas?
Se impone, pues, como una realización que no admite demoras, como una necesidad nacional, para la buena organización de la enseñanza y la mejor asistencia de los que sufren, la creación del Hospital de Clínicas.
Con él habremos conseguido solucionar muchos de los problemas pedagógicos que hoy agitan a nuestra Facultad; con él podrá ser más numeroso el personal docente, más completa y eficiente la enseñanza y más humanitaria y científica la asistencia de los enfermos.
Fue inspirados en este ensueño de progreso, en este ideal de perfección, para la Facultad de Medicina y para la Asistencia Pública de nuestro país, que insistimos en las asambleas celebradas por el Cuerpo Médico, en Mayo del

corriente año, sobre la absoluta necesidad de crear ese hospital y de iniciar con ese fin, en la primera oportunidad, una gran colecta nacional.
Pero, esta empresa que es grande y difícil necesita de una fuerza irresistible para triunfar: necesita del entusiasmo generoso y avasallador de nuestra juventud estudiosa, que la sé soñadora para el ideal y pujante para la acción. Sin la contribución decidida de vuestras energías, difícil será llevar adelante la obra y difícil será levantar, en día no lejano, ese nuevo templo a la Medicina, que tanta falta nos hace y que tanto anhelamos. Resolved, pues, sin dilaciones, apoyar al Cuerpo Médico en esa meritoria tarea, con todo el entusiasmo de que sois capaces y con toda la fe que sabéis tener por las causas justas.
Podrá decirse que con un solo hospital de clínicas, modelo para la enseñanza y para la asistencia no se alcanzará a realizar éstas, en todas sus ramas, de una manera satisfactoria o perfecta; que siempre habrá servicios hospitalarios deficientes donde el médico, el estudiante y el enfermo no sacarán mayores beneficios.
Pero, creemos que por no poder hacer lo más no debemos dejar de hacer lo menos; creemos, y estamos convencidos de ello, que los años que pasen los alumnos por un hospital de clínicas, montado como lo exige en la hora actual, la Medicina y la Pedagogía, serán suficientes para que su preparación sea más fácil, más rápida y más completa que la que hoy obtienen en los escasos y deficientes servicios que poseemos, con excepción de nuestra bien organizada Maternidad".[22]

La acción de Manuel Quintela

El proyecto Sudriers, a pesar de no ser considerado por el Parlamento, había puesto en evidencia, a través de la prensa y de la campaña de Becerro de Bengoa, las necesidades docentes y asistenciales que lo habían motivado. Desde 1910 en adelante estas necesidades fueron siendo comprendidas por la sociedad uruguaya en su conjunto. Muchas veces se habló sobre el nuevo hospital, y las opiniones eran coincidentes en la necesidad de tener estructura y función asistencial y docente; pero eran divergentes en cuanto a la oportunidad de su concreción, a su tamaño y a la entidad de los gastos que habría que asumir. La coincidencia en cuanto a las funciones docentes se percibía incluso en el adjetivo con que se le calificaba: hospital "clínico", o "de clínicas", o "de enseñanza", por oposición a los hospitales públicos, que eran "asistenciales".

La acción persistente y convincente de Manuel Quintela, ejercida sobre los distintos estratos de la Facultad, sobre su agrupación política, el Partido Nacional, sobre sus amistades y vínculos sociales, fue cimentando una opinión favorable para la existencia de un hospital clínico.

En 1924, en una nueva conferencia, Quintela insistió sobre el tema. Luego de historiar brevemente al hospital clínico, se extiende sobre los servicios que

a su criterio debiera comprender, el destino que debería darse a los servicios de la Facultad que quedasen libres y realiza consideraciones sobre los recursos:

> *"Considero que convendría instalar en el Hospital Clínico tres clínicas médicas con 60 camas cada una, tres clínicas quirúrgicas con 60 camas cada una, la clínica de enfermedades nerviosas con 40 camas, la clínica de vías urinarias con 40 camas, las clínicas oftalmológica y oto-rino-laringológica con 35 camas cada una, la clínica dermosifilopática y el servicio de enfermedades infecto-contagiosas con 25 camas cada uno, el Instituto de Anatomía Patológica con sus laboratorios, el Laboratorio de las Clínicas, y el Instituto de Higiene (…) Se dice que en el Hospital va a escasear el material clínico viviente, porque los enfermos no desearán asistirse en servicios donde se haga experiencia a sus expensas. Desde luego debemos manifestar que semejante afirmación está desprovista de todo fundamento; no es exacto que en los hospitales se haga experiencia con los enfermos; éstas son prácticas reñidas con la cultura y con la educación de la clase médica. La dignidad profesional impone en primer término el respeto por la vida del desdichado que confía en nuestra honradez. (…) El traslado de algunas clínicas de la Facultad al Hospital Clínico, dejará disponibles los servicios que aquellas ocupan. La Facultad deberá continuar utilizándolos, por que las necesidades de la enseñanza seguramente lo exigirán a causa del aumento creciente de la población estudiantil, podrá utilizarlos como servicios clínicos y confiarlos a los profesores de las patologías y a los profesores agregados.(…) Creo no equivocarme al manifestar que la Facultad de Medicina podrá disponer, en breve plazo, si equivocadamente no se le pone piedras en el camino, de los recursos que exija la construcción de ese gran Hospital Clínico y su completa instalación. Hay razones bastante fundadas para ser optimistas, y es con este optimismo que me he propuesto dedicar mis mejores energías al servicio de una causa que tantas voluntades une, y a la cual, tengo la seguridad, le prestarán su valioso concurso, todos los que se interesan por el progreso de la Facultad de Medicina".*[23]

Contribuyó a la acción personal de Quintela, la paralela acción de los integrantes del profesorado, que no desperdiciaban oportunidad pública para hacer notar las ventajas del mencionado hospital. Finalmente, la opinión unánime y la acción militante de los estudiantes que, primero a través del Comité de Estudiantes Pro Nuevo Hospital y luego a través de la Asociación de los Estudiantes de Medicina, habían asumido como un objetivo prioritario la construcción del hospital universitario. Se completó así la amplia base de sustentación que tenía la idea del hospital docente. Durante varios años las gestiones para la activación del proyecto en el Parlamento llevadas a cabo por los estudiantes y por iniciativas personales, habían sido ineficaces. Pero con el correr del tiempo, la nueva generación de diputados, entre los cuales había médicos que

como docentes o estudiantes habían defendido el hospital clínico, comprendió la necesidad de discutir el tema.

El proyecto de los médicos diputados de 1924

El optimismo de Quintela se vería justificado poco después. El 26 de noviembre de 1924 los diputados Carlos Colistro, Manuel Albo, Andrés Puyol, Santín Carlos Rossi y Máximo Halty, todos ellos médicos, presentaron un proyecto de ley, por el cual se autorizaba a la Facultad de Medicina a construir un Hospital de Clínicas en el que también debería instalarse el Instituto de Higiene y se votaban recursos para ello. No se hacía mención a la administración del mismo ni se mencionaba la Asistencia Pública Nacional. Solo se refería a la construcción del hospital. Sin embargo, en la exposición de motivos los diputados expresaban la necesidad de proyectarlo de acuerdo a necesidades de enseñanza e investigación:

> *"Ha sido, pues, lógico que desde el primer momento la Comisión de Caridad, la Facultad de Medicina y las personas que se habían ocupado del proyecto Sudriers, así como las comisiones de estudiantes que en varias oportunidades hicieron gestiones para que se activara su realización, estuvieron todos de acuerdo en que el futuro hospital debía ser construido teniendo en cuenta que será destinado a la enseñanza. Desde este punto de vista, el acuerdo de opiniones ha sido unánime, lo cual tendrá la inapreciable ventaja de que sin conflicto se pueda resolver a qué autoridad deberá confiarse la ejecución de esta magna obra y cuál será su destino".*[24]

La comisión de Obras Públicas, con la firma del Dr. Andrés Puyol, emitió un informe favorable, pero el proyecto no fue tratado en esa Legislatura.

El proyecto en la Cámara de Representantes

En junio de 1926 el Presidente de la Cámara de Representantes, el médico Arturo Lussich, dio entrada a una nota de la Asociación de los Estudiantes de Medicina, fechada el 11 de junio y firmada por O. Magnou, presidente de turno, y José Pedro Cardoso, secretario general, en la que haciendo uso del derecho de petición solicitan se estudie el proyecto de creación del Hospital de Clínicas.

El 14 de junio la Comisión de Obras Públicas de la nueva Legislatura, integrada por Alfredo García Morales, José A. Otamendi, Luis Giorgi, Héctor Gómez, Guillermo García Selgas, César Rossi, Pablo Minelli y Eduardo Rodríguez Larreta, presentó su informe sobre el proyecto de noviembre de 1924 haciendo suyo el elaborado en aquella ocasión por Andrés Puyol y agregando

algunas modificaciones poco relevantes al texto inicial: se autoriza al Consejo Nacional de Administración la construcción de los edificios y se comete a la Universidad todo lo relativo a dichas construcciones, a través de la creación de un comité integrado por delegados de la Facultad de Medicina, del Instituto de Higiene, de la Asistencia Pública Nacional y de la Dirección de Arquitectura del Ministerio de Fomento.

El proyecto comenzó a ser tratado el 5 de julio de 1926 y luego de varias sesiones, se aprobó el 15 de julio con modificaciones. Los temas más discutidos fueron el número de camas del nuevo hospital, que Albo quería fueran 1000 y la Comisión 700, la inclusión de la Escuela de Odontología entre los edificios, que así fue resuelto, y los recursos a destinar para la obra, entre los cuales el impuesto a la extracción de arena fue el más criticado. El miembro informante de la Comisión, el Dr. Alfredo García Morales, tuvo destacada participación en la discusión, en la que intervinieron numerosos representantes: Albo, García Selgas, Puyol, Giorgi, Lussich, Rodríguez Larreta, Mibelli, Minelli, Lorenzo y Deal y Vázquez. Los debates fueron presididos por Arturo Lussich en todas las sesiones salvo la del 15 de julio, que fue presidida por Eduardo Perotti. El proyecto finalmente aprobado y elevado al Senado, muy extenso, constaba de 11 artículos, ninguno de los cuales se refería a la gestión y administración del hospital una vez terminado, ni había referencia alguna a la Asistencia Pública Nacional.



Figura 18.- Roberto Berro (1886-1956). Médico y senador que defendió en el Senado la aprobación de la ley de creación del Hospital de Clínicas. (AFEW)

El proyecto ingresa al Senado

Comenzó a tratarse en el Senado el 8 de setiembre de 1926 a impulsos del senador Dr. Roberto Berro (Fig. 18), médico, luego de que la Comisión de Fomento, integrada por el mencionado Berro como miembro informante, Guillermo García, Raúl Jude, Carlos Urioste y Enrique Cornú, presentara su informe el día 1º de ese mes, informe que concluía con un proyecto sustitutivo, que contenía cambios menores respecto al proveniente de la Cámara de Representantes.

En la discusión general Roberto Berro hizo una extensa y fundamentada defensa del proyecto, de la que extraemos algunos conceptos:

> *"No representa un recargo a ese presupuesto un poco pesado de la Asistencia Pública, porque, a pesar de ser un servicio de asistencia social, el Hospital Clínico estaría bajo la dirección de la Facultad de Medicina, y sería realmente en este caso un edificio universitario. Es por eso que se reclama no como una necesidad de la Asistencia, sino como una necesidad de la enseñanza, porque todos los que conocen de cerca la vida de la Facultad de Medicina, saben que la gran dificultad actual para una debida preparación de los futuros médicos consiste en la falta de servicios clínicos adecuados".*[25]
> *"La iniciativa de la construcción de este hospital que debatimos tiene ya 20 años. Desde entonces la Facultad de Medicina se ha empeñado, sin conseguirlo, por diversas circunstancias, en la construcción de este nuevo Hospital Clínico. Y la verdad es que nos estamos quedando visiblemente atrasados en lo que se refiere a todos los países vecinos".*[26]
> *"En realidad vamos a construir tres obras, todas ellas imprescindibles. El Hospital Clínico, reclamado por la Facultad de Medicina, como una necesidad, de una manera imperiosa e insistente desde hace muchos años; la Escuela de Odontología, que está viviendo de prestado, y el Instituto de Higiene, el primer instituto de Sud América, el primero en crearse y hoy día uno de los más pobres".*[27]

Los senadores Ismael Cortinas y Jacinto Casaravilla plantearon sus dudas respecto a la financiación del hospital:

> *"Hay que relacionar la importancia del proyecto, su fin simpático, su fin altamente humanitario y científico, con la capacidad que tiene el país para la realización de estas obras".*[28]

A pesar de los reparos, el proyecto fue aprobado en general ese día.

En la discusión particular de los artículos, que llevó varias sesiones del Senado, presididas por el Dr. Duvimioso Terra, se hicieron, por primera vez, consideraciones respecto a la conducción administrativa del hospital y a la injerencia de la Asistencia Pública Nacional, asunto que pasó a ser, en futuras sesiones, el más polémico y alrededor del cual se jugaba la aprobación del proyecto. Ya desde la discusión del primer artículo, aparecieron objeciones: Dijo el senador Cortinas el día 13 de setiembre:

> *"Es notorio que después de una reforma fundamental hecha hace algunos años, la Asistencia Pública, costoso organismo científico burocrático, tiene una ingerencia directa sobre los hospitales y demás casas que ofrecen hospitalización al pueblo. Este proyecto, en cierto modo, modifica esa orientación*

fundamental que existía hasta ahora, y que va a cometer a la Universidad, hace que en mi concepto esté fuera de los fines primordiales de ese instituto que son principalmente docentes; va a cometer principalmente a la Universidad lo que se refiere a la construcción de edificios y todo lo que sea indispensable para el Hospital de Clínicas que se proyecta".[29]

Para los defensores del proyecto, éste tenía apoyo unánime. Según el senador Berro:

"En la prensa no se ha publicado un solo artículo en contra de la creación del Hospital de Clínicas. La opinión de la Facultad de Medicina es enteramente favorable. La Asociación de los Estudiantes de Medicina resolvió ocuparse activamente de visitar a los senadores para explicarles y darles informes sobre la necesidad imperiosa del estudio rápido de este proyecto".[30]

Según el senador Rafael Tabárez:

"Los directores de la Asistencia Pública con los que he hablado, han manifestado opiniones absolutamente a favor de esta obra, obra que consideran absolutamente necesaria porque no tienen donde asilar a los enfermos".[31]

Se agrega el interés estudiantil por el Hospital de Clínicas

El 16 de setiembre el Senado dio cuenta de la llegada de una nota, fechada el 15 de setiembre, de la Asociación de los Estudiantes de Medicina, firmada por Luis Irazoqui, presidente de turno y José Pedro Cardoso, secretario general, haciendo constar su franca adhesión a la iniciativa a consideración del Senado y explicando los motivos que la llevan a solicitar su aprobación:

"Nadie ignora que las exigencias de la enseñanza médica son cada día mayores, porque los elementos fundamentales que ella requiere son cada día más numerosos, y porque ha crecido y sigue creciendo la población estudiantil".[32]

Intervención de la Asistencia Pública Nacional

Ese mismo día, 16 de setiembre, se reunió el Consejo Directivo de la Asistencia Pública Nacional,* dando entrada a una nota del Senado por la cual se invita al Consejo a enviar una delegación a la Comisión de Fomento, que tiene

* El Consejo Directivo de la Asistencia Pública Nacional estaba integrado en 1926 de la siguiente manera: Director General: Dr. José Martirené. Vice-presidente: Dr. Emilio San Juan. Vocales: Dr. Eduardo Blanco Acevedo, Dr. Juan P. de Freitas, Dr. José May, Arq. Mario Moreau, Dr. Manuel Nieto, Dr. Juan Pou Orfila, Dr. Domingo Prat, Dr. Agustín Sanguinetti, Primer Secretario: Dr. Carlos Gurméndez, Segundo Secretario: Sr. Lautaro Nieto.

en consideración el proyecto de construcción del Hospital de Clínicas. Luego de un prolongado cambio de ideas, se resolvió que el Director General Dr. José Martirené concurra a la reunión de la Comisión de Fomento y signifique que el Consejo Directivo ha encomendado a distintas comisiones especiales el estudio de los diversos aspectos del proyecto y que el Consejo estaría en condiciones de informar el día 18 del corriente mes. En sesión del 17 de setiembre el señor Director General dio cuenta de que concurrió a la reunión de la Comisión de Fomento del Honorable Senado, y que convino que para el primer día hábil de la semana próxima, el Consejo de la Asistencia Pública presentará su informe sobre el proyecto de Hospital de Clínicas. Se acordó celebrar dos sesiones extraordinarias el día 18 del corriente: una a las once de la mañana a fin de presentar el informe referido, y otra a las 18 y 30 para oir al Decano de la Facultad de Medicina.

En la sesión matutina del 18 de setiembre se consideró un muy extenso informe sobre el Hospital de Clínicas, formulado por el Dr. Carlos M. Gurméndez, secretario general del Cuerpo. Contenía aspectos asistenciales, aspectos constitucionales, observaciones técnicas y observaciones económicas. Fue aprobado, debiendo la secretaría precisar las conclusiones para la sesión de la tarde. En esta segunda sesión, en presencia del Decano de la Facultad de Medicina, Manuel Quintela, éste expuso sus argumentos a favor del Hospital de Clínicas. Luego de un prolongado cambio de ideas, fueron aprobadas las siguientes conclusiones presentadas por Gurméndez:

1ª.- Es necesario construir un Hospital con capacidad como mínimo para 700 camas, dotándolo de instalaciones y reparticiones que permitan realizar, a la vez, y en las mejores condiciones y de la más eficiente manera, la asistencia de los enfermos y la enseñanza clínica.

2ª.- La construcción del Hospital se cometerá a una Comisión compuesta por tres delegados del Consejo de la Asistencia Pública, nombrados por esta Corporación y tres Profesores de la Facultad de Medicina, designados por el Consejo de la misma, debiendo ser uno de estos el Director del Instituto Experimental de Higiene; el jefe de la Dirección de Arquitectura o un funcionario técnico de esta Oficina, indicado por el Consejo Nacional y un Delegado de la Sociedad de Arquitectos. Esta Comisión será integrada por el Director de la Escuela de Odontología, cuando se trate de la construcción del edificio destinado a este organismo. En consecuencia de esta conclusión habría que modificar el artículo 3º del Proyecto de Ley sancionado redactándolo en la forma expresada.

3ª.- Aquella Comisión tendrá a su cargo todo cuanto se refiera a la construcción del Hospital: programa de obras, pliego de condiciones y llamado a concurso de proyectos, constitución del jurado que ha de juzgar sobre el valor de éstos, vigilancia en la ejecución de las construcciones, facultades para resolver las incidencias que puedan producirse durante la realización de la obra y

recepción definitiva de la misma. Esta conclusión exige la supresión del artículo 4º del proyecto, quedando el artículo 5º limitado a estos términos: "El concurso se realizará entre arquitectos nacionales".

4ª.- El Hospital será administrado por la Asistencia Pública y los servicios clínicos quedarán a cargo de la Facultad de Medicina. Esta conclusión exige un artículo aditivo en el Proyecto de Ley.

Habiendo el Decano de la Facultad de Medicina manifestado su conformidad sobre las mismas, dichas conclusiones, junto con el informe, fueron sometidas a la consideración de la Comisión de Fomento del Senado.[33]

La negociación del Decano Manuel Quintela

Vistas en perspectiva, estas sesiones del día 18 resultaron claves para la opinión decisiva de la Asistencia Pública sobre el proyecto de Hospital de Clínicas. El informe de Gurméndez, aprobado en la sesión matinal, dejaba traslucir una posición poco favorable al Hospital: condicionaba su construcción a la contemplación de otras necesidades asistenciales y de enseñanza y consideraba que a la Facultad de Medicina no le correspondía intervenir en construcciones hospitalarias. En la sesión vespertina, por el contrario, las conclusiones aprobaban decididamente la construcción de un nuevo hospital con no menos de 700 camas. La presencia de Quintela y su gran capacidad de convicción en la segunda sesión explica la diferencia. Es muy presumible que existió una negociación entre Quintela y el Consejo Directivo de la Asistencia Pública Nacional que llegó a que éste aceptara la construcción del hospital, que la Facultad de Medicina aceptara que la administración futura estuviera a cargo de la Asistencia Pública y que ambas instituciones integraran por partes iguales la Comisión a cargo de la construcción.

La administración del Hospital

La siguiente sesión del Senado en que se siguió tratando el tema del Hospital de Clínicas fue el 22 de setiembre. El senador Roberto Berro trasmitió al Cuerpo las conclusiones del Consejo Directivo de la Asistencia Pública Nacional, que resumió de la siguiente manera:

> *"Las conclusiones de la Asistencia Pública son las siguientes: Primeramente considera necesario construir un hospital con capacidad, como mínimo para setecientas camas, dotándolo de instalaciones y reparticiones que permitan realizar, a la vez en las mejores condiciones, de la más eficiente manera, la asistencia de los enfermos y la enseñanza clínica. Por la segunda conclusión modifica la estructura de la Comisión que ha de vigilar la construcción del*

hospital, poniendo a la Asistencia Pública Nacional en igualdad de condiciones que la Facultad de Medicina, con tres delegados. La tercera se refiere a la forma cómo se hará el llamado a concurso de proyectos. Por último, pide la adición de un artículo que ya había sido insinuado por algún Sr. Senador, y que, indudablemente, soluciona en absoluto cualquier dificultad que pudiera existir entre estas dos importantes corporaciones: la Asistencia Pública y la Facultad de Medicina. Este artículo aditivo diría así: "El Hospital será administrado por la Asistencia Pública, y los servicios clínicos quedarán a cargo de la Facultad de Medicina".[34]

Este artículo aditivo introducía una idea que no había figurado en ninguna de las redacciones anteriores del proyecto, y cambiaba radicalmente la orientación insinuada, aunque nunca explicitada, por los autores y defensores del proyecto. Aunque Berro no quisiera reconocerlo públicamente, no era un cambio menor. Y si este cambio fue aceptado, como lo fue, por Quintela, era porque había percIbído que de no hacerlo iba a naufragar el proyecto en su totalidad, como lo hacían presumir las múltiples condicionantes que emergen del informe de Gurméndez. Berro y la Comisión optaron por seguir la orientación de Quintela. Como se dijo años después, este artículo, que llevaría el numeral 6º, fue producto de una negociación entre la Asistencia Pública y la Facultad para sacar adelante la construcción del Hospital.

Discusión en el Senado del artículo 1º

El desarrollo posterior de la sesión del 22 de setiembre y de las siguientes sesiones muestra claramente un ambiente poco proclive a aprobar el proyecto, con dudas que evidentemente se fueron despejando luego del informe de la Asistencia Pública, como lo ponen de manifiesto las declaraciones de varios senadores: Dijo el senador Jacinto Casaravilla:

"Para votar a conciencia un proyecto de ley que aumentará los sacrificios que deba hacer el pueblo, es necesario, señor Presidente, que se demuestre de una manera evidente la necesidad, no solamente la necesidad, sino la urgencia inmediata de construir el hospital que se trata y de atender los servicios que ese hospital demanda…Yo me hubiera opuesto terminantemente a la sanción de este proyecto de ley, si no mediase una modificación que ha indicado el doctor Berro hace un momento (se refiere al articulo aditivo). Antes se pretendía hacer un Hospital Clínico dependiente de la Facultad de Medicina y administrado por ella".[35]
"El Hospital Fermín Ferreira se halla en condiciones verdaderamente criticables. ¿Por qué no se atiende en debida forma ese servicio? Hay, por consiguiente, algo que hacer en los hospitales actuales antes de pensar en construir otros nuevos".[36]

> *"Estamos hoy gastando en Higiene y Asistencia, a la altura de los países que gastan más en el mundo, y por cierto que los resultados no responden a los gastos que se realizan, pues, nuestra situación, desde el punto de vista higiénico deja mucho que desear".*[37]
> *"Yo, señor Presidente, votaría este proyecto de ley si se demostrase que es imprescindible este hospital, porque de otra manera no lo haría".*[38]
> *"Antes que la construcción de un nuevo hospital de gran costo y que impondrá recargos importantes en el presupuesto general de gastos, debería atenderse a las ampliaciones y mejoras de los hospitales que actualmente funcionan en el país".*[39]
> *"Si es necesario ampliar esas instituciones mejorándolas, lo que demandará unos cuantos millones de pesos, no me parece que sea el momento más oportuno para construir un nuevo hospital, cuyo costo será, por lo menos, de tres millones de pesos, y para gravar el presupuesto con una suma considerable para atender los servicios que en ese hospital deben establecerse".*[40]

Dijo el senador Ismael Cortinas:

> *"Lo que debieran decir los defensores de este proyecto, es que se trata de un hospital de clínicas que va a servir al pueblo, pero que va a ser pago por el pueblo, desde el momento que no se destina para costear esa obra un rubro especial con imputaciones a determinada clase social: es todo el pueblo, y el más pobre, si se quiere, el que va a pagar esta obra".*[41]
> *"Creo que los sostenedores del proyecto, contemplando las exigencias del momento actual, debían de llegar a una transacción con los que hacen objeciones, limitando, por ejemplo, la capacidad del hospital a 500 camas y modificando los arbitrios financieros que en el mismo proyecto se establecen para poder llegar a la construcción del Hospital".*[42]

Y por su parte agregó el senador Dr. José R. Amargós:

> *"Si tenemos en cuenta que esa construcción de hospitales en campaña va a descongestionar el servicio de los hospitales de la Capital, si tenemos en cuenta que la Asistencia Pública, durante todo este tiempo que se da para la construcción del Hospital de Clínicas, tendrá forzosamente que hacer nuevos ensanches en los viejos edificios, como la construcción de nuevos pabellones, creo que no debería llegarse a un exceso tal de camas, como el de setecientas".*[43]
> *"Desde el momento que la Facultad de Medicina ha marchado de perfecto acuerdo con la Asistencia Pública hasta ahora, desde el momento que le ha entregado todos sus establecimientos para hacer estudio, para que los estudiantes hagan las clínicas, yo no veo por qué, también se ha de separar de la Asistencia Pública, este hospital que se va a construir. Yo no veo inconveniente en esto".*[44]

> *"Yo pregunto si no es de absoluta necesidad que la Asistencia Pública, inmediatamente, acaso antes que este hospital se construya, construya una colonia o establecimiento de convalecientes".*[45]

Aparte de los argumentos de Berro, sobre la necesidad de contar con un nuevo hospital, y que éste sea docente como lo reclama la Facultad de Medicina, participó de la defensa del proyecto el senador Enrique Cornú, quien expresó:

> *"…ampliar y mejorar un organismo docente de capitalísima importancia social desde que se trata de la formación de una institución adscripta, integral, de una Facultad, en que se preparan a los hombres para la defensa de la salud pública e individual, porque el Hospital de Clínicas es, sencillamente, una escuela, una repartición que hoy existe de modo desarreglado, verdaderamente caótico…. El Hospital de Clínicas se crea, pues, como un elemento esencial del cuerpo orgánico que se llama Facultad de Medicina, para ser una parte complementaria e indispensable del mismo; se crea para un instituto de enseñanza que lo reclama imperiosamente para dar buenos profesionales".*[46]

Luego de una extensa discusión el primer artículo de la ley se votó en forma afirmativa por 13 votos en 14 presentes.*

Discusión de los restantes artículos

De los restantes artículos, que se fueron aprobando con modificaciones, se discutieron problemas secundarios, como cuál sería el mejor terreno para la edificación del hospital, si el adquirido por la Asistencia Pública u otro que no se define con precisión. El predio de la Asistencia Pública estaría en las inmediaciones de la Av. Gral. Flores y Larrañaga según algunos y en Gral. Flores y Goes según otros, y tendría entre una y tres hectáreas, lo que resultaba insuficiente para implantar los tres conjuntos, por la imposibilidad de realizar ensanches o expropiación de otros linderos. El otro predio, que tampoco se identifica con precisión, estaría junto a un parque y próximo a otros establecimientos hospitalarios, de aproximadamente 16 hectáreas, y sería el que finalmente habría de comprar la Comisión.

La discusión del tema motivó el tratamiento de diversos asuntos por parte de los legisladores. En especial se discutió la realidad hospitalaria nacional, desfilando la situación del Hospital Fermín Ferreira, criticado en su ubicación por la cercanía del mar** y la inconveniencia para los pacientes tuberculosos, que al

* El Senado, según la Constitución de 1917, se integraba con un senador por cada departamento, por lo que 14 presentes excedía el quorum necesario para sesionar.

** El predio, comprendido entre las actuales calles Avda. Luis A. de Herrera, 26 de Marzo, Rambla Armenia y Tte. Gral. Pablo Galarza, está actualmente ocupado por el Montevideo Shopping Center.

parecer estaban ubicados en el mismo predio junto a otros enfermos infectocontagiosos.* Se destacó el lujo excesivo de la Maternidad recientemente instalada en el Hospital Pereira Rossell (1915). Se criticó la pequeñez del Hospital de Niños ubicado en el mismo hospital, (inaugurado en febrero de 1908) frente a las dimensiones que tenía el más cercano de Buenos Aires. Se consideró lo inconveniente de tener en el Hospital Maciel, viejo y sobrepoblado, la presencia de más enfermos de los que podía albergar, con catres ubicados en las salas, corredores y espacios libres, elevando en mucho su capacidad. Un legislador médico expresó que debería haber un hospital en cada barrio, para estar cercanos a la gente. Diversos legisladores introdujeron en la discusión opiniones contrapuestas acerca de las prioridades presupuestales del país o si la situación económica permitía el desafío de la financiación a largo plazo mediante el endeudamiento interno para la construcción del Centro Médico y si no sería preferible dedicar más inversión para reformar los hospitales ya instalados, u otros que estaban surgiendo en el interior del país, que destinar dineros públicos a la construcción de un hospital nuevo de tal magnitud. Se debatió sobre la capacidad, el emplazamiento y la administración del hospital, sobre la asignación de recursos para la asistencia o para la prevención, y hasta en un tono socarrón, si no haría falta también instalar un cementerio frente al mismo parque, para tener el complemento del hospital.

Hubo legisladores que se hicieron portavoces de diferentes entidades que bregaban por que cesara el empeño legislativo por dictar nuevos impuestos, entre las cuales la Federación Rural, la Cámara de Comercio y la Liga de Defensa Comercial, exponiendo con detalle los gastos del presupuesto nacional, y particularmente los de la Asistencia Pública. Hubo otros que, tomando expresiones vertidas en el propio Sindicato Médico, extrajeron conclusiones de que el Uruguay gastaba cinco veces más dinero por habitante en salud que lo que al mismo tiempo hacían los Estados Unidos.

Entonces, como ahora, los legisladores se sentían con capacidad para discernir sobre casi cualquier concepto en materia de endeudamiento, de construcciones, de selección de terrenos o de prioridades de inversión. Ayer, como hoy, se manejaban similares argumentos a favor o en contra de una inversión estatal en materia de salud pública. Sin embargo, el trabajo paciente de los legisladores médicos logró las mayorías necesarias para la aprobación de la ley con la flexibilidad suficiente para acoger las observaciones más racionales y descartar las más descabelladas.

* Referencia a los enfermos leprosos.

Aprobación del proyecto y su texto

El 4 de octubre se completó la aprobación del proyecto, cuyo texto final, aprobado en Asamblea General 4 días después es:

El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General, decretan:

Artículo 1º.- Autorízase la construcción de los edificios necesarios para instalación de un Hospital de Clínicas con capacidad mínima de setecientas camas, del Instituto Experimental de Higiene y de la Escuela de Odontología.

Artículo 2º.- Declárase de utilidad pública la expropiación de los terrenos necesarios para el levantamiento de los referidos edificios y obras y servicios anexos, pudiendo el Consejo Nacional proceder a la compra directa. Podrán utilizarse, también, para el mismo fin, terrenos de propiedad de la Asistencia Pública o del Estado.

Artículo 3º.- La Universidad tendrá a su cargo las construcciones a que alude el artículo 1º en cumplimiento de las resoluciones que dicte una Comisión Honoraria formada por tres delegados del Consejo de la Asistencia Pública nombrados por esta corporación, tres profesores de la Facultad de Medicina designados por el Consejo de la misma, uno de los cuales será Director del Instituto Experimental de Higiene, un delegado nombrado por el Consejo Nacional de Higiene, el Director de la Dirección de Arquitectura o un funcionario técnico de esta oficina indicado por el Consejo Nacional de Administración y un delegado de la Sociedad de Arquitectura.

Artículo 4º.- Esta Comisión tendrá a su cargo todo cuanto se refiere a la construcción del Hospital, determinación y adquisición de los terrenos necesarios, programa de obras, pliego de condiciones, llamado a concurso de proyectos, constitución del Jurado que ha de juzgar sobre el valor de éstos, vigilancia en la ejecución de las obras, facultades para resolver las incidencias que puedan producirse durante la realización de la obra y recepción definitiva de la misma.

Artículo 5º.- El concurso se realizará entre arquitectos nacionales.

Artículo 6º.- El hospital será administrado por la Asistencia Pública y los servicios clínicos quedarán a cargo de la Facultad de Medicina.

Artículo 7º.- Realizado el concurso, corresponderá a la Dirección de Arquitectura del Ministerio de Obras Públicas la intervención superior preceptuada en las leyes y reglamentos para todo lo relacionado con la aprobación del proyecto y licitación y administración de la obra.

Artículo 8º.- Autorízase al Consejo Nacional de Administración para emitir hasta dos millones ochocientos mil pesos ($2.800.000) en títulos de una deuda que se llamará de "Edificios Universitarios y Escolares de 1927" y que se afecta a la construcción e instalaciones completas de un Hospital de Clínicas, del Instituto Experimental de Higiene y de la Escuela de Odontología, hasta dejarlos en condiciones de funcionamiento. Esta deuda será de carácter externo e interno y gozará del servicio

de 6 % de interés en el primer caso y 6 1/2 en el segundo y de 1 % de amortización acumulativa, rescate que se hará por sorteo cuando los títulos lleguen a la par, y a la puja cuando se coticen por debajo de su valor nominal.

El tipo de colocación de la deuda, en caso de preferirse la contratación en el exterior, deberá ser por lo menos de dos puntos más del tipo obtenido para el empréstito de treinta millones de pesos ($ 30.000.000), 6 % de 1926. Si se diera a la deuda carácter interno, su precio de venta no podrá ser inferior en más de dos puntos a la cotización promedial de los "Títulos de Deuda Pública 1923", en el mes anterior al de la venta, teniendo en cuenta el cupón.

Queda autorizado el Consejo Nacional de Administración para caucionar títulos de la referida deuda o cautelas representativas de la misma para los fines de esta ley, así como a aplicar a la misma, con carácter de reintegro, las disponibilidades en efectivo de otras deudas emitidas, sin destino inmediato.

Artículo 9º.- Se destinará también a esa obra la cantidad de trescientos mil pesos ($300.000), que se tomarán del producto del empréstito de treinta millones de dólares autorizado por la ley del 18 de abril de 1926.

El Consejo Nacional de Administración queda igualmente autorizado para invertir provisoriamente en los fines de esta ley los fondos que estime necesarios del referido empréstito, debiendo efectuar los reintegros del caso en el momento oportuno, mediante la emisión o caución de la deuda creada por el artículo anterior.

Artículo 10º.- El Consejo Nacional, para cubrir el servicio de la indicada deuda, dispondrá de los siguientes recursos:

A) El 25 % del impuesto llamado "Edificios Universitarios" creado por las leyes de 28 de diciembre de 1904 y de 7 de febrero de 1925, quedando sin efecto después del 1º de julio de 1927 la afectación de esa cuarta parte de Rentas Generales establecida por el artículo 5º de la ley de Presupuesto General de Gastos.

B) Un derecho que se exigirá por el Instituto Experimental de Higiene, al efectuar el contralor de los sueros, vacunas, antisépticos, y en general, de los productos de origen bacteriano usados en medicina humana. Este derecho se aplicará en forma de estampilla y de acuerdo con la escala siguiente:

Sueros, vacunas y productos similares, 5 % de su valor.

Antisépticos utilizados en diluciones hasta el 15 %, 3 % de su valor.

Antisépticos utilizados en diluciones mayores de 15 %, 5 % de su valor.

Medicamentos inyectables, 4 % de su valor.

Productos bacterianos, leches fermentadas, etc. 3 % de su valor.

Cuando los productos mencionados sean elaborados en el país el impuesto será reducido en un 50 %.

El Consejo Nacional de Administración podrá, cuando lo considere conveniente, fijar por intermedio del Consejo de Higiene los precios de venta de los sueros, vacunas y medicamentos e importar aquellos que no se produzcan en el país, vendiéndolos a precio de costo.

C) El producto de un nuevo impuesto a los pasajes que se añadirá al establecido por la ley de 26 de agosto de 1926 y que se recaudará en forma de un timbre especial del siguiente valor:

Para los pasajes a puertos de ultramar y Norte América, 1ª clase, $ 15.00.

Para los pasajes a puertos de Sud América, con excepción de la Argentina y el Paraguay, $2.00.

Las defraudaciones de este impuesto serán castigadas con multas de diez veces el monto de las sumas defraudadas, adjudicándose en un 50 % a los funcionarios denunciantes.

D) El producto de la duplicación del impuesto a los inventarios y relaciones de bienes sucesorios establecidos por la ley del 19 de julio de 1918.

Cuando se trate de herencias directas y el valor de los bienes inventariados fuera menor a cinco mil pesos no regirá el aumento, aplicándose la tasa fijada por la ley referida.

Artículo 11º.- Mientras no se emita por lo menos un millón de pesos de la deuda a que se refiere el artículo 8º de esta ley no se harán efectivos los impuestos que ella crea, pero se podrá disponer de la cantidad afectada a la construcción del edificio destinado para el Instituto Experimental de Higiene.

Artículo 12º.- Comuníquese, etc.

Sala de sesiones de la Honorable Cámara de Representantes, a 8 de octubre de 1926. Eduardo Perotti, Presidente. Domingo Veracierto, Secretario.

Ministerio de Instrucción Pública. Montevideo, octubre 14 de 1926.

Cúmplase, acúsese recibo, publíquese, insértese en el R. N. y pase a sus efectos a la Contaduría General. Por el Consejo: Martínez, Carlos Ma. Prando. Manuel Rodríguez, Secretario.

La "Ley Quintela"

> *"La ley del 14 de octubre de 1926 fue el coronamiento de los más grandes anhelos del Decano Quintela: el de poder dotar a la Facultad del ansiado Hospital de Clínicas, idea esbozada ya en su primer decanato del año 1910, y que se haría efectiva con la sanción de la ley mencionada, que con justísima razón un importante órgano periodístico denominó "ley Quintela", dada la empeñosa y perseverante labor desarrollada por este Decano para obtener su sanción parlamentaria, que al fin pudo lograr".*[47]

Otro brillante decano de la Facultad de Medicina, Julio García Otero, decía en 1935, rememorando este hecho y adelantando una posición universitaria que años después motivaría movilizaciones estudiantiles:

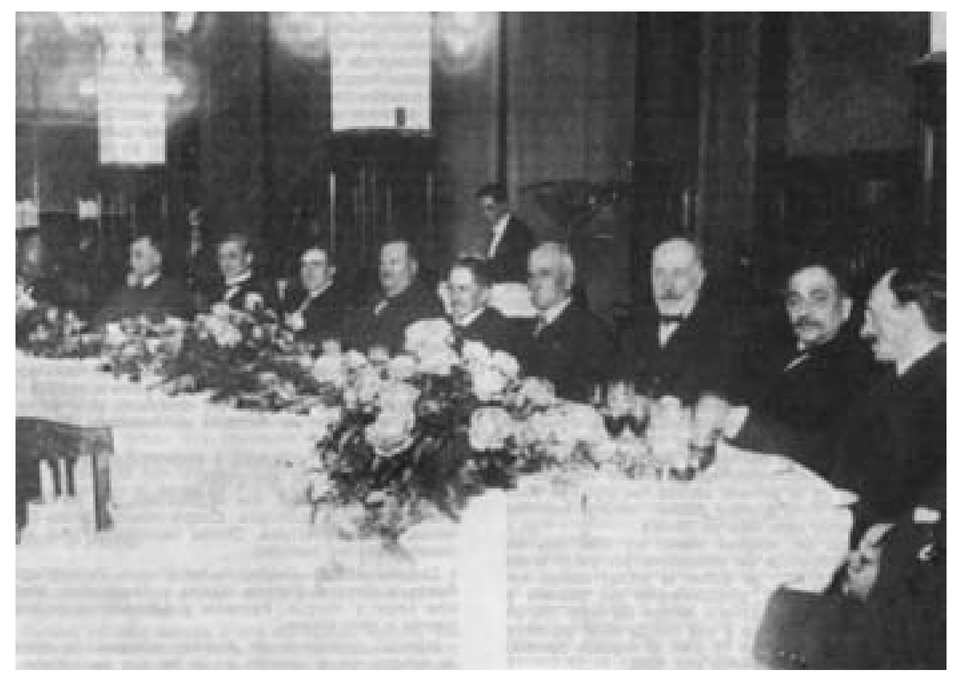


Figura 19.- Banquete en homenaje al Decano Manuel Quintela con motivo de la aprobación de la ley de creación del Hospital de Clínicas del 14 de octubre de 1926. De izquierda a derecha: Eugenio Lasnier, Juan Pou Orfila, Gerardo Arrizabalaga, José Martirené, Alfonso Lamas, Manuel Quintela, Elías Regules, José Scoseria, Alfredo Navarro, Américo Ricaldoni.

> *"En nuestro país, gracias a la iniciativa de aquel gran Decano que se llamó Manuel Quintela, figura recia que con su energía sabía dominar y vencer obstáculos, pronto tendremos un centro médico que se organizará alrededor del Hospital de Clínicas. Pero sería un error de funestas consecuencias pretender crear nuevos centros semejantes. Un país de capacidad y energía limitadas, debe concentrarlas para obtener el resultado óptimo. Por otra parte, en un medio en el que no existe cultura tradicional, donde casi el único foco cultural está constituído por la Universidad, ese centro médico creado por la iniciativa de Quintela, no puede realizar su obra completa si no se mantiene dentro de la órbita, formando como hasta ahora parte integrante de la Universidad".*[48]

El reconocimiento a Quintela como el principal gestor de la ley aprobada fue unánime. Docentes, médicos y estudiantes así lo expresaron. El Consejo Directivo de la Facultad organizó un banquete en homenaje a su Decano (Fig.19). Los estudiantes, tantas veces opuestos a la actuación de Quintela como Decano, elogiaron en *El Estudiante Libre* sus denodados esfuerzos a favor de la aprobación de la ley del 14 de octubre.

CAPÍTULO VI

LA COMISIÓN HONORARIA DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS BAJO LA PRESIDENCIA DE MANUEL QUINTELA

Su integración
La selección del terreno
Opinión de los profesores
Programa para el concurso de anteproyectos
Bases del concurso
Fallo del primer grado del concurso
La misión Quintela - Moreau
El informe de Quintela y Moreau
El programa para el segundo grado del concurso
La muerte de Manuel Quintela
El proyecto del Hospital del Norte
Datos biográficos de Manuel Quintela

Su integración

De acuerdo con la ley del 14 de octubre de 1926, y apenas 15 días después, se constituyó la Comisión Honoraria con Manuel Quintela, Gerardo Arrizabalaga y Arnoldo Berta como delegados de la Facultad de Medicina, el último como Director del Instituto de Higiene, José Martirené, Eduardo Blanco Acevedo y el Arq. Mario Moreau como delegados de la Asistencia Pública Nacional, José Scoseria como Director del Consejo de Higiene, Arq. Horacio Acosta y Lara por la Sociedad de Arquitectos, y Arq. Emilio Conforte, Director General de Arquitectura, nombrado por el Consejo Nacional de Administración.

Por aclamación se eligió Presidente a Quintela (Fig. 20), como vice-presidente a Martirené y como secretario a Blanco Acevedo. A partir de ese momento comenzó un intenso trabajo, reuniéndose la Comisión todos los sábados de 18 a 22 horas. Dentro de la Comisión, sobresalió la laboriosidad de Quintela, quien con el mismo ímpetu y la misma eficiencia con que había logrado la aprobación de la ley de creación del Hospital de Clínicas, se dedicó a avanzar en su concreción. A principios de 1927, al término de su período como Decano de la Facultad de Medicina, pasó a desempeñar la banca en el Parlamento obtenida en 1926 pero no ocupada. Pero también para dedicar todos sus esfuerzos médicos y universitarios a la Comisión Honoraria, de la que era el indiscutido motor.



Figura 20.- Como primer presidente de la Comisión Honoraria del Hospital de Clinicas, Manuel Quintela dedicó la totalidad de sus esfuerzos para organizar las tareas, decidir la ubicación y el tipo de hospital a construirse y establecer las bases del concurso de proyectos. En ello dejó la vida. (AFEW).

La selección del terreno

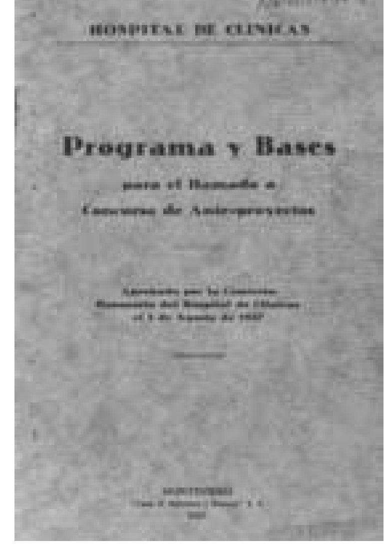
La primera tarea de Quintela y de la Comisión fue la selección del terreno. Este asunto ya estaba en la consideración pública, como se pudo comprobar en la discusión en el Senado, donde se hicieron varias referencias a la futura localización del Hospital. Hubo que elegir entre tres terrenos: la quinta de los Cibils, la quinta de Iglesias Montero, a 800 metros de la anterior, y la propiedad de la Asistencia Pública en Gral. Flores y Larrañaga. Finalmente triunfó la propuesta de la quinta de Cibils, apoyada por Quintela. Esta quinta, que en esos momentos pertenecía a Alberto Gómez Folle y a su esposa María Cibils, era vecina al Parque de los Aliados en construcción (Fig. 21). Estaba formada por escasos edificios muy antiguos (Figs. 23). Por tratarse de una zona muy especial, rodeada de corrientes fluviales, era necesario elegir una zona seca, relativamente alta y con posibilidades de ensanche para nuevos edificios. La elección se hizo basada en la situación con entrecruzamientos de calles que permitían su acceso fácil, la visión inteligente que preveía el progreso de esa zona de la ciudad y la cercanía con el hospital Pereira Rossell, importantísimo centro médico docente materno infantil.[49] Fue adquirido por el Consejo Nacional de Administración,



Figura 21.- Parque de los Aliados en construcción, visto desde donde hoy se erige el Obelisco a los Constituyentes de 1830. Detrás y a la derecha del edificio blanco (Legación Británica). puede adivinarse la ubicación de la Quinta de Cibils, predio que ocupará el Hospital de Clínicas. (FDAN)

dos de cuyos integrantes, los médicos Alfonso Lamas y Arturo Lussich, lograron una rebaja del precio inicial.

Este terreno, de más de 12 hectáreas,* fue descripto con precisión en la publicación del “Programa y bases pare el concurso de anteproyectos” (Fig. 22). Estaba limitado por las actuales Avenida Italia, Avenida Ricaldoni, Manuel Quintela y Las Heras (Figs. 24, 25 y 26).



HOSPITAL DE CLINICAS

Programa y Bases

Figura 22.- (FDAN)

Opinión de los profesores

Paralelamente, la Comisión se abocó a la preparación de los programas para

* Diversos autores atribuyeron superficies diferentes al predio, desde 11 o 12 hectáreas hasta 16, con cierto grado de imprecisión. Sin embargo, la superficie que figura en el plano incorporado al programa del concurso de primer grado, es clara: 12 hectáreas y 399 metros cuadrados.

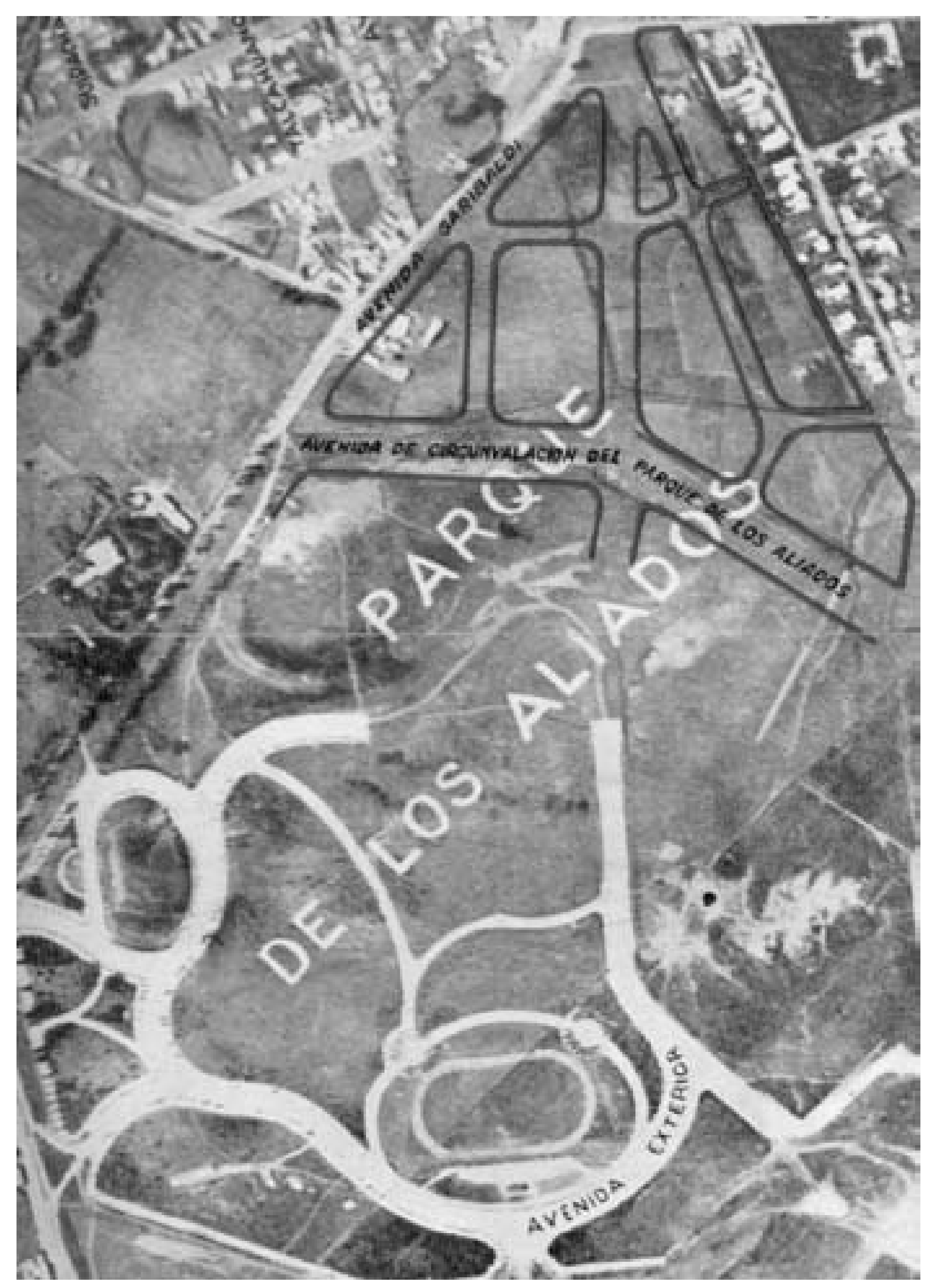


Figura 23.- Plano de 1926, anunciando el remate de los terrenos señalados con trazo grueso en la parte superior. Se observa el Parque de los Aliados en construcción. A la izquierda, un triángulo descampado con un par de viviendas sobre la Avenida Garibaldi marca parte de la Quinta de Cibils. (FDAN)

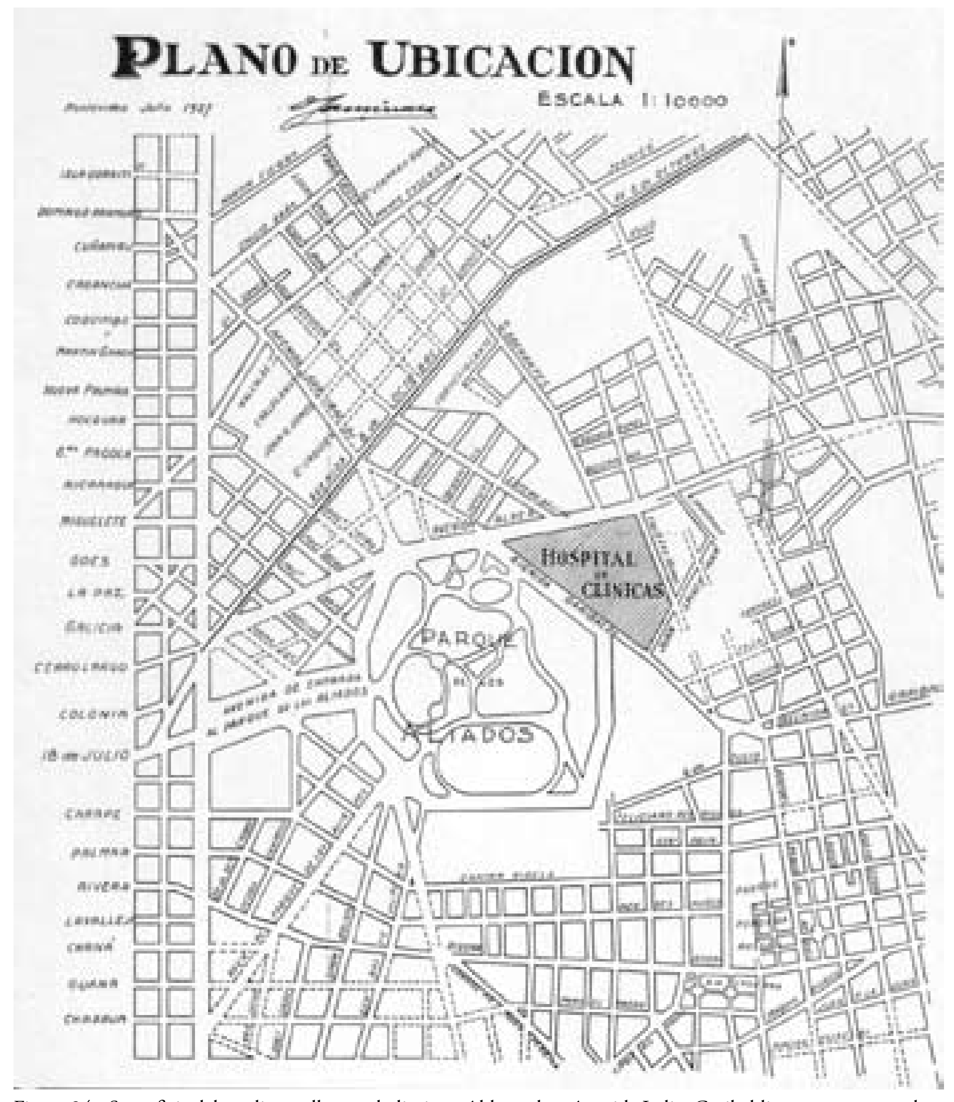


Figura 24.- Superficie del predio y calles que lo limitan. Aldea es hoy Avenida Italia, Garibaldi en este tramo es hoy Avenida Ricaldoni, Spikerman es hoy Quintela y Las Heras conserva su nombre. (FDAN)

promover el concurso de proyectos. Antes de que el arquitecto pueda proyectar un hospital que cumpla perfectamente su cometido, debe disponer del Programa Funcional del mismo. Este programa debe detallar tan minuciosamente como sea posible, los servicios previstos, las funciones que se llevarán a cabo, la técnica que se empleará, el personal y equipos necesarios y sus relaciones dentro del plan de trabajo, ya que un buen proyecto depende en gran medida de una visión adecuada del funcionamiento del hospital. Para la elaboración del programa, la Comisión envió en abril de 1927 la siguiente circular a todos los profesores de servicios clínicos y técnicos:



Figura 25.- Plano de julio de 1927, que se adjuntó a las bases del concurso, en el que se observa el entorno del terreno adquirido. (FDAN)

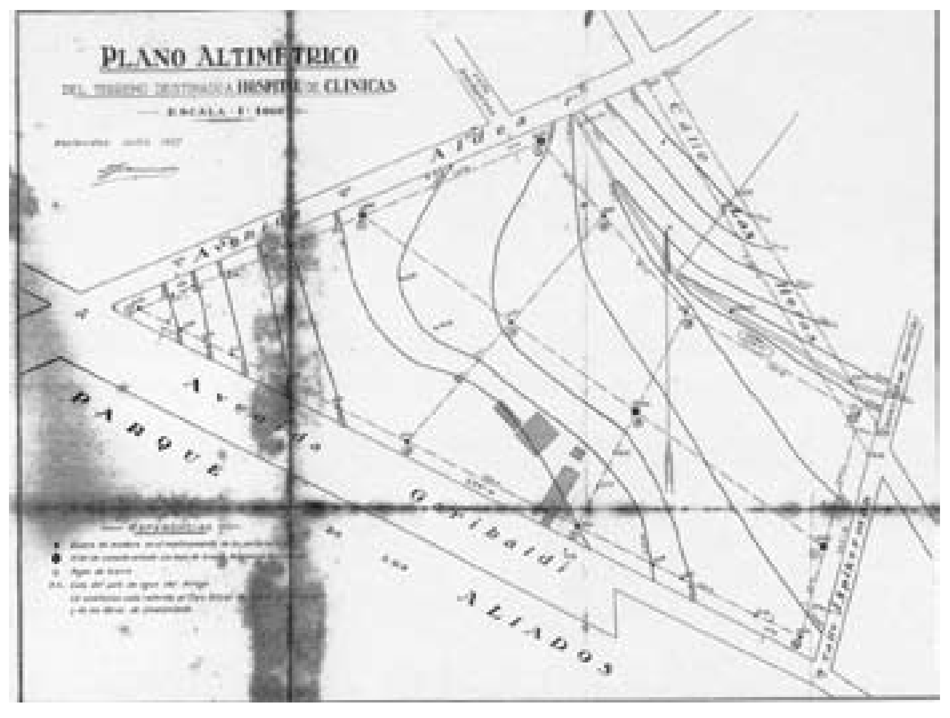


Figura 26.- Plano altimétrico del predio. (FDAN)

"La Comisión Honoraria del Hospital de Clínicas, encargada por ley de la construcción de dicho Hospital, estudia en estos momentos el programa de las obras que en él deben realizarse, y con el propósito de solucionar lo más acertada y lo más rápidamente posible los graves problemas que su construcción presenta, solicita de Ud, que en el término de quince días y en una revista breve y sintética, le exponga las necesidades de su servicio y todas aquellas indicaciones que a Ud. le sugieran las construcciones e instalaciones que deberán hacerse en el Hospital de Clínicas. Para facilitar su tarea le envío una lista de los servicios que la Comisión ha resuelto instalar. Esperando contar con su valiosa colaboración saludo a Ud, atentamente. Manuel Quintela (Presidente), Eduardo Blanco Acevedo (Secretario)".

Las respuestas de los 17 profesores que contestaron fueron muy variadas. Tal vez algunos de los que no contestaron prefirieron delegar en otro colega la tarea que les hubiese correspondido asumir. Así por ejemplo, hay una sola respuesta de los profesores de Clínica Médica, hecha por Pablo Scremini y una sola de los de Clínica Quirúrgica, enviada por Domingo Prat. Por otra parte, los tres profesores vinculados a la Maternidad, Augusto Turenne, Juan Pou y Orfila y Carlos Colistro, respondieron con notas muy similares, en las que priorizaban todos la necesidad de unificar las clínicas obstétricas y ginecológicas.* Algunos hicieron una respuesta brevísima, de escasos renglones, como Enrique Pouey y Albérico Ísola; otros resultaron muy concretos y específicos en sus solicitudes; algunos más hicieron detalladas y escrupulosas solicitudes, acompañadas de croquis ilustrativos. Ellas permitían en conjunto valorar la importancia que asignaban los diversos servicios a las instalaciones futuras, tal vez con diversos grados de credibilidad sobre la concreción del proyecto. En conjunto, constituyen un magnífico documento sobre la realidad clínica y los problemas a resolver de los diferentes servicios. Se destaca el interés mayoritario de los clínicos por locales, incluso pabellones, independientes. También llama la atención la multiplicación de laboratorios de análisis, de radiología, de anatomía patológica y de fisioterapia exigidos por los clínicos, siendo que al mismo tiempo estos servicios son centralizados en sus correspondientes institutos.

Eugenio Lasnier realizó un detallado informe de sus aspiraciones para el Instituto de Anatomía Patológica y el Laboratorio General de las Clínicas, con un análisis sección por sección y un plano de distribución de ambientes que ocupa varias páginas, con un detalle de locales para laboratorios, animalera o bioterio, laboratorio común y de investigaciones, salas de extracciones, locales para lavadero y secadero, biblioteca, local para autopsia de animales, secciones de serología con ambientes para mantenimiento de conejos y cobayos y también para animales medianos y grandes por separado. Roberto Velasco Lombardini

* El Hospital Pereira Rossell había inaugurado su primer edificio, destinado a la Clínica de Niños, en 1908, y en 1915 la Casa de la Maternidad.

enumeró los requerimientos para el Laboratorio de Fotografía, Cinematografía, Microfotografía, Dibujo y Modelado, con alto grado de detalle y un flujograma, abarcando muchas páginas. Juan Capra elaboró el informe relativo a Farmacia, en forma meticulosa. Víctor Escardó y Anaya relevó las necesidades para la organización del Servicio de Fisioterapia del Hospital de Clínicas, realizando la descripción de sus requerimientos y el fundamento de cada uno de los espacios. Américo Ricaldoni describió el programa para el edificio del Instituto de Neurología, de cuatro plantas, con Laboratorio de Electrodiagnóstico, Laboratorio Radiológico, Laboratorio Fotográfico, el programa de los laboratorios de Histología y Análisis Clínicos, el programa de la Sección Cirugía, diferenciando una de cirugía humana y otra de cirugía animal, y una sección de Anatomía Patológica, constituyendo un relevamiento minucioso, expresado en forma clara y sintética, acompañado de un gráfico que representaba la distribución espacial de los diversos servicios. Carlos Butler hizo lo propio para el Instituto de Radiología y Centro de lucha contra el Cáncer en el Uruguay, con una distribución de espacios y destinos, también minuciosa. Arnoldo Berta proyectó la instalación del Instituto de Higiene Experimental, en un edificio central y un servicio seroterápico, incluyendo una caballeriza para 50 caballos y un pabellón para pacientes infecto-contagiosos. Pablo Scremini, para la Clínica Médica, solicita, aparte de las salas de internación, salas de policlínicas, sala para el profesor, sala para archivo, sala para pequeña cirugía, un anfiteatro de clases y laboratorios de fisioterapia, análisis clínicos, estudios biológicos, de anatomía patológica, de radiología y para experiencias con animales. Agrega necesidades para la Sección electrocardiografía, que ocupan aproximadamente 200 metros cuadrados, elaboradas por Justo Montes Pareja y Roberto Velasco Lombardini. Domingo Prat, para la Clínica Quirúrgica, resalta varias necesidades que parecen novedades para la época: cuartos de anestesia y de Rayos X adjuntos a la sala de operaciones, iluminación con la lámpara “Scialitic”, ventanales metálicos dobles para la sala de operaciones, una sección independiente para los recién operados, calefacción central y ventilación eléctrica. Luis Surraco considera que su Servicio de Urología debe tener un pabellón aparte, no menor que los de Cirugía o Medicina, con laboratorios anexos de radiología y análisis clínicos.

Programa para el concurso de anteproyectos

Con gran celeridad, habiendo reunido este material entre los meses de abril y mayo, la Comisión aprobó el 2 de agosto de 1927 el “Programa y Bases para el llamado a Concurso de Anteproyectos”, publicó un folleto que se distribuyó a los interesados[50] y resolvió que el concurso se realizase en dos grados. En esta etapa se concebía la construcción en pabellones separados, y se estable-

cían pautas tanto para la construcción en general como la particular para cada pabellón.

En las consideraciones generales, se daba la siguiente pauta:

> *"La orientación de los edificios que deben construirse en el Hospital de Clínicas y la de los Institutos, queda librada a la elección de los concursantes; sin embargo, se les llama la atención sobre la hermosa perspectiva que ofrece el Parque de los Aliados.*
> *Los concursantes deben tener en cuenta que el Hospital de Clínicas y los Institutos que se ha resuelto construir, serán destinados a la vez que a la asistencia de enfermos, a la enseñanza y a estudios científicos y por consiguiente que ciertas reparticiones (anfiteatro de clases y de operaciones, salas para examen de enfermos, salas de autopsias, laboratorios, etc.) deberán ser ordenadas y distribuidas, respondiendo a esta última finalidad. Deberán también tener en cuenta, que para desarrollar el vasto programa trazado, es necesario proyectar en forma que permita construir económicamente y distribuir los servicios de modo que los gastos que ocasione la administración y funcionamiento del Hospital y de los Institutos no sean excesivos.*
> *Solo así se estará en condiciones de dar comodidad a los enfermos y de proporcionar a los profesores y a la administración de los Hospitales los medios para que la asistencia de los enfermos, la enseñanza y el estudio se hagan en las mejores condiciones posibles. Así por ejemplo, las salas de enfermos no deberán tener más de cuatro metros de altura, ni más de siete metros de ancho, pues no hay que olvidar que los perfeccionamientos técnicos incorporados a la calefacción y a la ventilación artificial, permiten disminuir los cubajes con ventajas económicas e higiénicas. Las paredes, techos y pisos de las salas de enfermos, de las salas de operaciones, de los cuartos de baño, corredores, etc., deberán ser lisos, sin molduras, de ángulos redondeados y deben estar revestidos por un material impermeable y que permita su frecuente lavado y desinfección. Y con el mismo criterio de ahorro y de comodidades debe preferirse las construcciones en altura y no en superficie, lo que proporciona, primero una economía en la construcción y después, en el transporte de los enfermos, de los alimentos, de los medicamentos y aparatos, de las ropas, en la ventilación y calefacción de los locales. Así se facilita la sustitución del trabajo del hombre, cada día más costoso, por el empleo de medios mecánicos, cada día más perfectos y económicos".*

Aclara luego que los distintos pabellones estarán unidos por una galería subterránea, que tendrá por lo menos tres metros de ancho y dos metros cincuenta de alto para permitir la fácil circulación de un tractor eléctrico destinado al transporte de comida, enfermos, camas y ropas, medicamentos e instrumentos, basuras, etc., en todos los tiempos y a toda hora. Servirá además esta galería de pasaje a las cañerías de aguas corrientes, ventilación, calefacción, vapor; a los cables eléctricos, de teléfonos y de timbres. También da pautas referidas a

los techos de los edificios, a una playa de automóviles, al saneamiento, la calefacción, refrigeración y ventilación, a los árboles existentes. Y finaliza con una advertencia:

> *"Las indicaciones que en este programa se hacen con respecto a dimensiones de algunos locales y al número de pisos de los edificios, tienen un valor aproximado. Los concursantes podrán apartarse de ellas, pero no deberán olvidar que dichas indicaciones responden al pensamiento del profesor que las formuló o al criterio que la Comisión Honoraria, encargada de la construcción del Hospital, tiene con respecto a las características de éste."*

Se detallaba a continuación las características que deberían tener los 16 pabellones que constituirían el Hospital, a saber:

> *"Un Pabellón de Medicina, para la instalación de las tres Clínicas Médicas.*
> *Un Pabellón de Cirugía, para las tres Clínicas Quirúrgicas.*
> *Un Pabellón de Especialidades, para las Clínicas Oftalmológica, Otorrinolaringológica, Dermatosifilopática y Urológica.*
> *Un Pabellón para la Maternidad.*
> *Un Pabellón para el Instituto de Neurología.*
> *Un Pabellón para el Instituto Contra el Cáncer, en el que se instalará el departamento de Radiología.*
> *Un Pabellón para el Instituto de Higiene Experimental.*
> *Un Pabellón para el Instituto de Anatomía Patológica.*
> *Un Pabellón para el Laboratorio General de las Clínicas, al cual irá anexada la Sección de Fotografía, Cinematografía, Dibujo y Modelado.*
> *Un Pabellón de Servicios Generales.*
> *Un Pabellón de Economato, Cocina y anexos.*
> *Un Pabellón de Calderas, Lavadero, Desinfección y Horno incinerador.*
> *Un Pabellón para la Gran Sala de Conferencias y Congresos.*
> *Un Pabellón para la Casa de las Nurses.*
> *Un Pabellón de Talleres y Garaje.*
> *Un Pabellón con dos departamentos, uno para Casa del Director y otro para Casa del Ecónomo."*

Bases del concurso

A continuación, siempre en la misma fecha 2 de agosto de 1927, se daban las bases del concurso. Por el artículo 2º, el concurso será en dos grados. Al primer grado se admitirán los arquitectos de nacionalidad uruguaya y los arquitectos extranjeros con título otorgado o revalidado por la Universidad de la República y residentes en el país. Al segundo grado sólo podrán concurrir los que han sido premiados por el jurado; después de juzgados los anteproyectos

presentados al primer grado. El artículo 6º establecía un plazo improrrogable de 5 meses para presentar los proyectos, contando a partir de la publicación de la resolución. Según el artículo 11º, los autores premiados en el primer grado, podrán concurrir al concurso de segundo grado, para el cual la Comisión Honoraria se reserva el derecho de establecer nuevas bases. Por el artículo 12º, a los autores de los proyectos premiados en el primer grado del concurso, se les asignará a título de indemnización la cantidad de $1.000.00. Para el segundo grado del concurso se establece un primer premio de $10.000.00, un segundo premio de $5.000.00, un tercero de $2.500.00, un cuarto de $1.500.00 y un quinto de $1.000.00. Por el artículo 14º, la Comisión se reserva el derecho de incluir en las bases del segundo grado del concurso las ideas que considerase de utilidad y que figurasen en los proyectos premiados en el primer grado. Por el artículo 16º, la Comisión Honoraria podrá adjudicar la Dirección de Obras al autor o autores del proyecto que obtenga el primer premio. En ese caso, se suprime la cantidad de $10.000.00 adjudicada al primer premio y se fijan los honorarios del arquitecto o arquitectos en el 3% del importe de las obras que se ejecuten bajo su dirección.[51]

Cabe señalar que en esta extensa y detallada documentación no se hace mención en ningún momento a la construcción de la Escuela de Odontología, dispuesta por la ley del 14 de octubre de 1926, ni se menciona al eventual representante de dicha Escuela en la Comisión Honoraria.

El plazo para presentar proyectos se extendió luego hasta el 19 de marzo de 1928. Y a pedido de la Sociedad de Arquitectos del Uruguay se volvió a prorrogar hasta el 20 de abril.

Fallo del primer grado del concurso

Vencido el plazo de inscripción, se habían recibido 10 proyectos. Un tribunal de 14 miembros, integrado por los 10 integrantes de la Comisión Honoraria, dos arquitectos nombrados por la Facultad de Arquitectura y dos arquitectos elegidos por los concursantes, dio su dictamen hacia fines de abril. Según el fallo del tribunal, pasaron al segundo grado del concurso cuatro proyectos, cuyos autores resultaron ser: Roberto Garese, Mauricio Cravotto, Carlos Surraco y los socios Julio Bastos Kliche y Héctor Mondino.

La misión Quintela - Moreau

La Comisión Honoraria debió encarar entonces las bases y programas para el segundo grado del concurso, que podían ser distintas a las del primer grado. Se puede suponer que se haya vuelto a discutir la estructura pabellonaria, en especial considerando los argumentos económicos a favor de los edificios en

altura, expuestos en las bases anteriores. Lo cierto es que se decidió nombrar una comisión, integrada por Quintela y el Arq. Moreau, para estudiar la construcción e instalaciones de los hospitales americanos y europeos, al mismo tiempo que se esperaba el desarrollo del primer grado del concurso.

Esta comisión viajó durante casi 6 meses, desde noviembre de 1927 hasta abril de 1928 a Estados Unidos, Alemania y Francia, visitando varios hospitales de distintas ciudades de cada país. Cuenta Rizzi Castro sobre este viaje de Quintela. *"Enviado a Estados Unidos y Europa para estudiar construcciones hospitalarias a ser aplicadas en nuestro medio con un viático total de 3000 pesos que no le alcanzaron, debiendo poner dinero de su bolsillo. Sintiéndose enfermo fue atendido en Francia por el profesor Vaquez, que diagnosticó una severa afección cardíaca, aconsejándole reposo".*[52] Caso omiso hizo Quintela a este consejo, continuando su gira sin reposo y con la misma intensidad con que la había emprendido. Quizás la sospecha de un desenlace fatal a breve plazo lo haya motivado más en su inquebrantable afán por hacer realidad su sueño del Hospital de Clínicas. Luego de un exhaustivo estudio, Quintela y Moreau presentaron su informe desde París, el 1º de abril de 1928.

El informe de Quintela y Moreau

El informe, que fue publicado,[53] contiene un pormenorizado análisis de lo visto, con conclusiones precisas y convincentes, que resumiremos a continuación, dejando de lado los análisis detallados de las estructuras hospitalarias y su funcionamiento. Bajo el título de "Consideraciones generales", se expresa:

> *"Dos tipos de construcción hospitalaria dividen la opinión del mundo. El primero es el de pabellones separados, de uno o dos pisos de enfermos, rodeados por calles de árboles, jardines y pelusas verdes. Este tipo de construcción está de acuerdo con los principios de higiene hospitalaria, contenidos en el programa aprobado por la Academia de Ciencias de Paris en 1783 (…) Los principios de higiene hospitalaria emanados de corporaciones de tanta autoridad científica, han servido de guía hasta el presente, y se han impuesto en todas las construcciones hospitalarias hechas en Europa y en la América del Sur.*
> *"El segundo tipo, llamado "hospital de grupo", por el doctor S. Goldwater, director del Mount Sinai Hospital de Nueva York, se caracteriza por la reunión de los diversos servicios de un hospital, en un block de muchos pisos, y en algunos casos, tratándose de la formación de grandes centros hospitalarios, en varios edificios contiguos. Los factores que en Estados Unidos han orientado en este sentido las construcciones hospitalarias, han sido: el precio elevado de la tierra y de la construcción, el costo excesivo de la administración hospitalaria, y principalmente, el concepto tan arraigado que los americanos del norte han tenido y tienen de lo que debe ser la asistencia del enfermo. En los grandes*

> *centros hospitalarios, y sobre todo, en aquéllos donde se hace enseñanza, no se concibe la asistencia del enfermo sin la cooperación recíproca del médico general y del especialista, de éstos y del laboratorio. Y lógicamente, para que esta cooperación pueda hacerse con economía y eficiencia…necesario es que todos estos servicios estén instalados lo más cerca posible los unos de los otros, y en fácil comunicación. La asistencia del enfermo en colaboración, que constituye lo que se ha llamado "medicina de grupo", condujo, pues, a los americanos del norte al "hospital de grupo", a la reunión de los servicios de enseñanza y de asistencia, y de todas sus dependencias, en grandes blocks de muchos pisos.*
> *"¿Cuál de estas soluciones conviene aplicar en la construcción del Hospital de Clínicas? Nuestras ideas, que al iniciar la Comisión Honoraria el estudio del futuro hospital, se inclinaban al tipo de hospital de pabellones separados, fueron evolucionando a medida que adquiríamos un mejor conocimiento de la orientación seguida por los americanos del norte, hacia el tipo de "hospital de grupo", y hoy, después de haber estudiado los hospitales más modernos de Estados Unidos, Francia y Alemania, y de haber oído la opinión de técnicos de gran competencia en materia de construcción hospitalaria, creemos que la solución más conveniente, desde todo punto de vista, la que de un modo más completo llena las necesidades de la asistencia médica, de la enseñanza y de la investigación científica, es la americana."*

A continuación se exponen las razones de orden económico, administrativo y técnico que ha tenido en cuenta la Comisión para inclinarse hacia esta solución. Las económicas son el ahorro en comunicaciones humanas y de materiales y de energía que trae consigo la construcción en altura; las administrativas son el ahorro de personal, locales y tiempo derivado de la centralización de servicios; las técnicas derivan de las mejoras en la asistencia, enseñanza e investigación derivadas de la *medicina de grupo*. Finaliza esta parte del informe de la siguiente manera:

> *"Sintetizaremos estas ideas, repitiendo el siguiente pensamiento del eminente director técnico del "Columbia Medical Center", doctor C. Burlingame: La policlínica, la clínica y el laboratorio constituyen el trípode sobre el cual deberá descansar todo organismo hospitalario de importancia, cualquiera sea su finalidad. Este trípode será el núcleo alrededor del cual deberán instalarse la Facultad de Medicina y los servicios anexos del hospital.*
> *Agregaremos que de la Facultad de Medicina no nos hemos ocupado en las consideraciones precedentes, a pesar del convencimiento que tenemos de que su mejor ubicación sería la indicada por el doctor Burlingame, porque nuestro país cuenta con una Facultad de Medicina moderna y bien instalada. Si fuera posible encontrar para su edificio otro destino útil y práctico, no dudaríamos en plantear el problema de levantar una nueva Facultad con todos los perfeccionamientos actuales, al lado del hospital y de los institutos en proyecto.*

> *De ese modo nuestro país vería reunidos en un gran centro de enseñanza, una facultad de medicina modelo, hospitales modelos e institutos modelos.*
> *Estas son las razones que hemos tenido para proponer a la Comisión Honoraria, que fuera modificado el programa de concurso, uniendo en un gran block, los pabellones de medicina (Nº 1 del programa), de cirugía (Nº 2), de las especialidades (Nº 3), del laboratorio general de las clínicas (Nº 9), de los servicios generales (Nº 10), y de calderas, lavadero, desinfección y horno incinerador (Nº 12).*

El voluminoso informe (tiene 51 páginas) se extiende en consideraciones sobre infinidad de aspectos de la organización hospitalaria. Comienza por el servicio de admisión de los pacientes, la historia clínica, las guardias médicas, el servicio social y las visitadoras. Continúa con las características de las salas de los enfermos, sus dimensiones, pisos, paredes, cielorrasos y ventanas, sus colores, el alumbrado, la calefacción, ventilación y radiotelefonía. Igualmente analiza las salas de operaciones, la circulación, la iluminación (resalta las novedosas cialíticas), la esterilización y en especial los observatorios:

> *"En la sala de operaciones del doctor Pauchet, de París, los espectadores están situados en un piso alto y separados del operador por una claraboya de vidrios, al través de la cual siguen la operación. Una serie de espejos colocados debajo de esta bóveda, reflejan el campo operatorio. En la del doctor Burlingame, instalada en el Columbia Medical Center, se ha suprimido la parte central de la bóveda de vidrio y los espejos, y se ha dado a la sala una altura bastante menor que la de la sala Pauchet, de modo que los espectadores están a 2.50 m del campo operatorio, mientras que en la de Pauchet distan cinco metros, lo cual exige el uso de anteojos para seguir bien la operación…De todas las soluciones dadas a este importante problema, la del doctor Burlingame, nos parece la más acertada, porque sin duda alguna es la que permite ver mejor, evitando los inconvenientes que resultan de la presencia del espectador en la vecindad del campo operatorio."*

Exponen detalles sobre los elementos constructivos de las salas de operaciones, el color de las baldosas y revestimientos, los tomacorrientes para conexiones eléctricas, la colocación de negatoscopios, la forma de desinfección, el color de los cielorrasos y otros. La suma de estos detalles no los podría haber recogido solo un arquitecto, ni siquiera un médico sagaz, sino la visión de un insigne cirujano, que estaba analizando los procesos e instalaciones desde el punto de vista de su experiencia personal, proyectada hacia el futuro, viendo cómo habían sabido resolver con acierto problemas que a él también le habían afectado. Y sobre todo, cómo se adecuarían estas soluciones para hacer excelente un centro hospitalario vinculado a una escuela de Medicina.

El informe destaca la organización de los laboratorios clínicos y de investigación, los de radiología y radioterapia, del servicio de fisioterapia, con sus particularidades. Hace una detallada observación de los medios de transporte y de comunicación, ascensores, montacargas, y tubos neumáticos. Presta atención al transporte de las comidas, la evacuación de la ropa limpia y de la ropa sucia, la evacuación de los residuos, el cuidado de la ropa y el calzado de los enfermos, el régimen y comida dietéticos, el servicio dental, los anfiteatros de clases, las salas de conferencias y de diversiones, los sistemas de señales para la convocatoria del personal, la provisión de agua, luz y electricidad, los sistemas de calefacción y de ventilación.

Se advierte que la misión Quintela – Moreau no fue meramente un viaje de placer, sino uno de alto aprovechamiento de la experiencia de diferentes culturas y organizaciones, procurando extraer lo mejor de los modelos examinados. Allí hubo no solo una visión experta, sino una prevención sobre eventuales desvíos de la conducta de los hombres o de las empresas, que pudieran influir en las decisiones. Constituye en sí mismo un modelo que debería servir para inspirar a muchas generaciones.

A través de este contacto con realidades tan diversas y del contacto directo con sus realizadores, habría de cambiar el destino del proyectado Hospital de Clínicas. Se abandonaría el concurso basado en múltiples pabellones y se afrontaría la construcción de un hospital en altura recogiendo las experiencias positivas de los monobloques que eran lo moderno para la época. Cuidando la armonía entre la eficiencia y la economía, la incorporación de soluciones mecánicas y eléctricas y de un sin fin de recursos, se arrojaba luz sobre temas en los cuales no había experiencia en nuestro medio ni en nuestra región. Su visión crítica y a la vez analítica, permitió elegir las mejores alternativas.

El programa para el segundo grado del concurso

Compartido por la Comisión Honoraria el criterio de Quintela y Moreau, se elaboró un Programa y Bases para el segundo grado del concurso, que fue aprobado el 10 de octubre de 1928. Este programa fue radicalmente diferente al elaborado para el primer grado. Establece que el Hospital contendría las siguientes dependencias:

1) Cuatro clínicas médicas.
2) Cuatro clínicas quirúrgicas.
3) Las clínicas especiales siguientes: Otorrinolaringología, Oftalmología, Dermatosifilopática y Urológica.
4) Departamento Central de Operaciones.
5) Departamento Central de Esterilización.
6) Laboratorio General de las Clínicas.

7) Servicio de Cinematografía, Fotografía, Dibujo y Modelado.
8) Servicio de Radiología.
9) Servicio de Electrocardiografía.
10) Servicio de Odontología.
11) Archivo Central de Historias Clínicas.
12) Cocina general, cocina dietética y economato.
13) Desinfección, lavadero y lencería.
14) Instalaciones de calefacción, refrigeración, ventilación, producción de frío, provisión de agua, luz y electricidad.
15) Departamento de Calderas.
16) Horno incinerador.

A los proyectistas se les dejaba entera libertad para orientar los edificios, recordándoles que debían tener en cuenta que permitiera construir económicamente y distribuir los servicios de modo que gastos de administración y funcionamiento no fueran excesivos. Con el mismo criterio de ahorro y de comodidades deberían preferirse las construcciones en altura y no en superficie.[54]

Es de señalar que así como en el concurso de primer grado no se mencionaba a la Escuela de Odontología, en esta nueva fase del concurso, tampoco se la menciona, ni al Instituto de Higiene, al cual se refería la ley de octubre de 1926, ni a los restantes institutos (Neurología, Contra el Cáncer, Anatomía Patológica) que integraban el llamado a concurso de agosto de 1927. Sin embargo, ello no significó que la Comisión hubiera dejado de lado todo lo concerniente a los otros edificios, sino que cada edificio se fue encarando en forma independiente, con concursos diferentes. En forma paralela la Comisión Honoraria llamó a concurso de proyectos para el edificio de la Escuela de Odontología, venciendo el plazo en diciembre de 1928, con un tribunal con mayoría de arquitectos (entre ellos Mario Moreau), accediendo así a un pedido de la Sociedad de Arquitectos del Uruguay.

La muerte de Manuel Quintela

Mientras los 4 proyectistas calificados en el primer grado elaboraban sus nuevos proyectos, adaptados al nuevo programa, sucedió la inesperada muerte del presidente de la Comisión Honoraria y gestor de la idea matriz, el Dr. Manuel Quintela, el 17 de diciembre de 1928. A su vuelta de Europa, había sido atendido por Ricaldoni y Montes Pareja por la dolencia cardíaca manifestada en Francia. El día 17 concurrió a una asamblea de profesores titulares celebrada en uno de los anfiteatros de Fisiología de la Facultad de Medicina, donde se trataban aspectos presupuestales y de planes de estudio. En el curso de una discusión como tantas de las que había tenido y rodeado de sus colegas, tuvo una muerte súbita. Al parecer se estaba discutiendo el alojamiento de los

practicantes internos en el Hospital de Clínicas. Se dice que su última palabra fue “estudiantes”.[55]

Entre las resoluciones tomadas por el Consejo Directivo de la Facultad de Medicina luego de su muerte, se destaca la muy justa de darle su nombre al futuro Hospital de Clínicas.

El proyecto del Hospital del Norte

Parecería indudable la intencionalidad por parte de la Asistencia Pública Nacional de competir con el proyecto de Hospital de Clínicas que se comenzaba a desarrollar a partir de la aprobación de la Ley de 1926. Es necesario suponer que las autoridades de la Asistencia Pública, sin querer desligarse del futuro hospital docente, desconfiaran de un hospital moderno en el que la Facultad de Medicina tuviera una injerencia importante. No de otra manera pueden interpretarse los hechos siguientes.

En mayo de 1928 el arquitecto Mario Moreau es invitado por el Director de la Asistencia Pública Nacional, José Martirené, a trabajar en el proyecto del “Hospital del Norte”, evidente contrapunto y competencia del Hospital de Clínicas. En esos momentos tanto Martirené como Moreau eran delegados de la Asistencia Pública a la Comisión Honoraria del Hospital de Clínicas. Moreau había redactado, conjuntamente con Manuel Quintela, el informe del 1º de abril de ese año sobre la situación del momento de la arquitectura hospitalaria y su tendencia hacia la tipología de hospital en grupo o bloque, que daría origen a las bases del segundo grado del concurso. Este informe revela las conclusiones del viaje de ambos por Estados Unidos y Europa. Entre abril y diciembre de ese año, la Comisión Honoraria discutió el programa del segundo grado del concurso, por lo que resulta evidente que el proyecto de Martirené de Hospital del Norte es contemporáneo al del futuro Hospital de Clínicas y que Martirené y Moreau compartían los dos ámbitos de decisión de los proyectos.

El anteproyecto del Hospital del Norte de Moreau y Martirené integra todas las características que debería reunir el hospital moderno, desde los aspectos programáticos hasta la formalización arquitectónica del mismo, conformando un pequeño bloque de mediana altura con dos alas que se proyectan hacia el frente en donde se alojarán las salas de enfermos. La imagen de este proyecto es claramente asociable al resultado final al que llegará el Hospital de Clínicas, lo que nos permite observar la evidente influencia del informe Moreau-Quintela en lo que fue la definición de proyectos tanto del Hospital de Clínicas como del Hospital del Norte.

Este anteproyecto fue presentado ante el Consejo Directivo de la Asistencia Pública Nacional el 11 de octubre de 1928, e inmediatamente se le enco-

mendó en forma directa al arquitecto Pérez Montero la confección del Proyecto Ejecutivo.

El encargo directo derivó en los reclamos de la Sociedad de Arquitectos del Uruguay (SAU) por el no cumplimiento por parte de la Asistencia Pública de un convenio acordado entre ambas instituciones en febrero de 1927, por el cual los arquitectos *"acordaban reducir sus honorarios en un 50 % cuando se tratase de trabajos para la Asistencia Pública Nacional, obligándose ésta, en cambio, a utilizar el procedimiento del Concurso Público, cuando se tratase de proyectar edificios de cierta importancia".*[56] Este convenio fue propuesto, informado y defendido a principios de 1927 por el propio Moreau en la interna de la Sociedad de Arquitectos.

El hecho de no haberse llamado a concurso público de proyectos, y la aceptación por parte de Pérez Montero de la realización del proyecto definitivo, serían valorados críticamente por la Comisión Directiva de la SAU y, tras acaloradas discusiones, según consta en las actas, fueron aceptados los argumentos esgrimidos por parte de la Asistencia Pública Nacional y de los arquitectos Moreau y Pérez Montero, quienes habían llegado a presentar sus renuncias a la Sociedad. Finalmente, el tema quedó dilucidado y las renuncias sin efecto. También quedó en suspenso el hospital proyectado.

Además de la innegable importancia e influencia que significa este antecedente para lo que será el proyecto del Hospital de Clínicas en cuanto a su imagen arquitectónica, parece ser que también fue determinante en cierta forma del alejamiento del arquitecto Mario Moreau de la Asistencia Pública Nacional y de la Comisión Honoraria del Hospital de Clínicas y de su desaparición de la esfera pública.

Una década más tarde, en 1937, el Ministerio de Salud Pública llevaría adelante un concurso de anteproyectos para la construcción de un "Hospital del Norte". El concurso se desarrolló paralelamente a la finalización de las obras de estructura del Hospital de Clínicas, lo que permitía ya visualizar el porte de la obra que se estaba llevando a cabo. No fue casual, entonces, que la propuesta ganadora reuniera nuevamente todos los aspectos programáticos y tipológicos correspondientes al Hospital en bloque, con una formulación que incorporaba totalmente los enunciados de la arquitectura moderna. También en la misma línea de proyectos hospitalarios, se debe mencionar el concurso para Casa de Salud de 1932, ganado por los arquitectos De los Campos, Puente y Tournier, obteniendo Carlos Surraco el segundo premio.

Estos dos edificios hospitalarios proyectados y concursados, si bien no llegaron a ser construidos, son claros exponentes de una arquitectura que expone una coherencia en la posición tomada por los arquitectos del momento, siguiendo los mismos rumbos de los ejemplos que hoy conocemos como paradigmáticos de la historia de la arquitectura del siglo XX.

Datos biográficos de Manuel Quintela

Hemos recurrido a la excelente biografía de Quintela realizada por Milton Rizzi y publicada en *Médicos Uruguayos Ejemplares.*[57] De ella hemos extractado íntegras algunas partes y resumido otras.

Manuel Quintela (Fig. 27) nació el 26 de julio de 1865 en el departamento de Treinta y Tres. Fue uno de los ocho hijos del matrimonio de Julián Quintela con Olimpia Cassagne. Su infancia se desarrolló en el ambiente rural. A los 16 años, al morir su padre, se trasladó a Montevideo, donde estudió en el Colegio Pío y luego en la Sociedad Universitaria. Finalizados los estudios secundarios ingresó en la Facultad de Medicina, de donde egresó como médico cirujano en diciembre de 1889.



Figura 27.- Manuel Quintela (1865-1928). (De la galería de Decanos, Decanato de la Facultad de Medicina)

Durante su vida tuvo cuatro grandes pasiones. La primera fueron los caballos, o más bien los animales en general, que lo llevaron a ser docente de zoología y botánica como interino y, en 1889, como titular, Presidente de la Asociación Rural, Presidente del Jockey Club, Presidente de la Sociedad Colombófila y a importar los primeros gatos persas que llegaron al Uruguay.

La segunda fue el juego, sea del dominó, de damas, de la taba, los naipes, las carreras de caballos, de palomas o la lotería. Apasionado, a veces hacía trampas, incluso al dominó jugando con su hija, de lo cual solía arrepentirse. Es famosa la anécdota del partido de taba jugado con colegas en su casa de Atlántida, partida en la que hizo alguna trampa que le permitió ganar cinco pesos. Con este dinero, en el tren de vuelta compró un entero de lotería, que salió premiado con el premio mayor y que escrupulosamente dividió entre todos los jugadores sin que nadie se lo hubiera pedido.

La tercera pasión fue la política. Era profundamente blanco y defendió sus ideas en todos los niveles. En 1886, siendo estudiante de Medicina, se produjo la llamada Revolución del Quebracho. Gobernaba entonces el General Máximo Santos. Desordenado y derrochador, Santos había puesto al médico Francisco

Antonino Vidal como Presidente por algunos meses, pero con una nueva maniobra política, en el otoño de 1886 Santos fue nombrado nuevamente Presidente. La intelectualidad uruguaya se mostró unida, sin distinción de partidos, en la oposición a Santos. Blancos, colorados e independientes se embarcaron en una revolución para derrocar al dictador. Organizadas en Buenos Aires, las fuerzas revolucionarias desembarcaron al noroeste del país y, después de escasas acciones, fueron derrotadas en el paraje llamado Puntas de Soto. Manuel Quintela, con 21 años de edad, revistó en el batallón de Rufino Domínguez, como Practicante. Como ejemplo del ecumenismo de esta revolución, basta mencionar que este batallón tenía la primera compañía colorada, la segunda colorada y constitucionalista, y las tercera y cuarta, blancas.

En 1897 el panorama político uruguayo se complica y el Partido Blanco se levanta en armas, en la conocida como "Revolución del 97". Allí figura Quintela como médico. Pero la revolución termina pronto, aunque las heridas seguirán abiertas. Quintela es electo Representante por Treinta y Tres, cargo que desempeña durante un año, y es después nombrado, a los 34 años, miembro del Directorio del Partido Nacional.

En 1904, una nueva revolución y una nueva lucha fratricida dejan cientos de muertos durante largos meses de guerra. Quintela, miembro del Directorio Blanco, sufre intensamente la angustia del combate de Masoller y la muerte de Aparicio Saravia.

Restablecida la paz, su futuro político sigue cauces institucionales. En la década del veinte, siendo Decano de la Facultad de Medicina, vuelve a ser electo diputado en 1925, pero decide no ingresar al Parlamento para completar su período como Decano. En todo este período actúa como un referente de su Partido. Pero ya la política ha debido ceder ante la más grande de sus pasiones, la Medicina, que de distintas maneras le ha ido absorbiendo su tiempo.

Poco después de recibir su título de médico, viajó a Europa en 1890 para estudiar la especialidad de oído, nariz y garganta, que solo era ejercida en Montevideo por el italiano Eugenio Stressino Cassanello. Retornó en 1891 al Uruguay con instrumental de la especialidad y comenzó una intensa actividad asistencial y docente. En 1894 se crea, ante la creciente demanda asistencial, la Policlínica de Otorrinolaringología en el Hospital de Caridad y Quintela se hace cargo de la misma en forma honoraria. Tres años después se le otorga un Servicio con sala de operaciones, enfermería, internación y sueldo. En 1899 renuncia a este cargo para que sea llamado a concurso. El fallo del concurso sucede en 1900 y desde entonces será Jefe de la Policlínica de ORL hasta su fallecimiento.

El mismo año, el 22 de octubre de 1900, el Consejo Universitario lo nombra Profesor de ORL encargado de la enseñanza, honorario hasta 1906, y él pone de su cargo todo el instrumental especializado necesario para la docencia.

Bajo su dirección, se formarían, durante treinta años, las futuras generaciones de especialistas.

Fue el gran pionero en Uruguay en cirugía de laringe, en momentos en que era muy discutida en el mundo científico. Promovió y participó en múltiples reuniones científicas médicas y de la especialidad, como el tercer Congreso Médico Latinoamericano, en Montevideo, el primer Congreso Médico Nacional y las Jornadas Rioplatenses de ORL. Fue fundador en 1918 y presidió la Sociedad de ORL del Uruguay hasta su muerte. No era afecto a publicar su experiencia y en consecuencia son escasos sus trabajos científicos. Sobresale entre ellos *Laringectomía en el Uruguay,*[58] donde estudia con decisión y valor una técnica mutiladora en un medio hostil y competitivo con la cirugía general. Incluye los trabajos de sus colaboradores y discípulos y concluye abogando por la laringectomía total, demostrando que las nuevas técnicas y cuidados reducen enormemente la mortalidad, sobre todo la anestesia locorregional, en la que era un maestro.

La actividad médica más descollante de Quintela fue la de dirigente universitario, que desarrolló en dos carriles diferentes: como Decano de la Facultad de Medicina y como propulsor del Hospital de Clínicas.

De acuerdo a la Ley Orgánica de 1908, las Facultades serían dirigidas por Consejos Directivos integrados por representantes de los tres órdenes, y el Decano de cada Facultad sería nombrado por estos Consejos. Fue así que Manuel Quintela fue el primer decano elegido por el Consejo Directivo de la Facultad de Medicina, en 1909, por un período reglamentario de tres años, al cabo de los cuales fue re-electo. Luego de un intervalo de 6 años, durante los cuales fue Decano Américo Ricaldoni, volvió a ser electo Quintela como Decano, por otros dos períodos, de 1921 a 1927.

Los decanatos de Quintela fueron de los más provechosos para la Facultad, por el desarrollo en capacidad docente, locativa y de equipamiento que lograron la voluntad férrea y la capacidad de convicción de Quintela. Como ejemplo de lo anterior están la inauguración del nuevo edificio de la Facultad, la creación de institutos, cátedras, y laboratorios, la reglamentación de los concursos para profesores agregados, modificaciones en el plan de estudios, la redacción de la *Memoria de la Facultad de Medicina 1875 – 1915*, que incluye una prolija revisión de los hechos históricos más relevantes de la Facultad, y el comienzo del proceso que llevaría a la autonomía de las “Ramas Anexas”: Odontología y Farmacia. No solo fue útil a la Facultad como Decano, también cumplió funciones como delegado de la misma al Consejo Universitario y al Consejo de Asistencia Pública.

En lo que atañe al Hospital de Clínicas, es indudable que la aprobación de la ley que lo creó, del 26 de octubre de 1926, se debió al esfuerzo y la habilidad de Manuel Quintela en convencer autoridades y parlamentarios de la

necesidad de un hospital que, para la época y el país, parecía una exageración. A partir de ese momento, como Presidente de la Comisión Honoraria del Hospital de Clínicas, creada por la misma ley para encargarse de la construcción y posterior habilitación del centro asistencial, desplegó una incesante actividad, que lo llevó a estudiar a fondo el tema de la construcción hospitalaria y a visitar gran cantidad de hospitales modernos de Europa y EEUU., todo lo cual incidió negativamente sobre su salud.

Como si todo lo anterior fuera poco, Quintela se hizo tiempo para ser uno de los fundadores del Club Médico en 1912, ocho años antes a la fundación del Sindicato Médico del Uruguay.

Manuel Quintela era de físico pequeño, cara ovalada, pelo negro con entradas redondeadas, nariz recta y firme, bigote negro, espeso, caído en las comisuras labiales, barba tipo perita, vestido casi siempre de traje con chaleco, camisa de cuello separado alto y blanco, reloj con cadena en el chaleco, calzado tipo botines altos, andar ligero, lenguaje correcto y rápido, emotivo, enojadizo; era famoso por sus rabietas y la forma como golpeaba con su bastón las mesas de, por ejemplo, los directores de hospital.

Su día comenzaba temprano. Siempre madrugador, llegaba antes de las 8 horas al Hospital Maciel, todos los días, costumbre que también siguió su alumno Justo M. Alonso toda su vida. En los años veinte, almorzaba en su casa de la avenida 8 de Octubre y concurría temprano en la tarde a su consultorio donde trabajaba de 13.30 a 15 horas, menos los jueves. El resto de la tarde asistía a reuniones: del Decanato, de la Comisión Honoraria, del Jockey Club, de la Sociedad de Amigos de la Educación Popular, o con políticos. De noche algún partido de dominó con su hija Maruja o lectura de su muy bien provista biblioteca. Hombre de grupos, amigo de sus amigos, se le ha criticado por opacar o ignorar a personas o colegas de valor, pero la mayor parte de las críticas las cosechó por haber hecho cosas.

Formó su familia con Luisa Castro, con quien tuvo cinco hijos: Maruja y Olga, las mayores, Manuel, que murió a los 29 años de tuberculosis incluyendo graves lesiones laríngeas, Ciro que siguiendo una de las pasiones paternas tuvo un haras, y Ulises, que fue médico otorrinolaringólogo.

Su sorpresiva muerte acaeció el 27 de diciembre de 1928 dentro del local de la Facultad. Entre las resoluciones votadas por la Facultad de Medicina con motivo de su fallecimiento están las de que el futuro Hospital de Clínicas llevara su nombre, homenaje más que justiciero, y de solicitar que una calle cercana al mismo también lo llevara.

CAPÍTULO VII

LA COMISIÓN HONORARIA BAJO LA PRESIDENCIA DE EDUARDO BLANCO ACEVEDO

Blanco Acevedo nuevo presidente de la Comisión Honoraria
Resultado del segundo grado del concurso
Proyecto ganador
Colocación de la piedra fundamental
Desarrollo de la obra
Descripción de la obra
Opinión del Arq. Leopoldo Artucio
Las dificultades durante el proceso de construcción
Definición de la pertenencia del Hospital de Clínicas
Los argumentos del Decano Abel Chifflet
Proyectos de ley y discusión parlamentaria
El Poder Ejecutivo toma posición
Texto de la ley que entrega el Hospital a la Universidad
La lucha de la Asociación de los Estudiantes de Medicina
La generación estudiantil médica de los años cincuenta
Papel de los egresados
Entrega del Hospital a la Universidad y a la Facultad de Medicina
Síntesis cronológica de la construcción
Datos biográficos de Eduardo Blanco Acevedo
Datos biográficos de Carlos Surraco

Blanco Acevedo nuevo presidente de la Comisión Honoraria

Pocos días después, el 8 de enero de 1929, el Consejo Directivo de la Facultad de Medicina resolvió nombrar al Prof. Alfredo Navarro en reemplazo de Quintela como delegado a la Comisión Honoraria del Hospital de Clínicas. Reunida la Comisión en la Universidad el 11 de enero, designó por unanimidad al Dr. Eduardo Blanco Acevedo (Fig. 28) como nuevo Presidente de la Comisión, al Dr. José Martirené como Vicepresidente, al Dr. José May como Secretario y el Arq. Horacio Acosta y Lara como Tesorero.*



Figura 28.- Eduardo Blanco Acevedo, segundo presidente de la Comisión Honoraria del Hospital de Clínicas. Administró con celo y eficiencia la construcción del edificio del Hospital de Clínicas. (AFEW)

A poco de ser nombrado Presidente de la Comisión Honoraria, Blanco Acevedo, afrontando los gastos de su peculio, inició un viaje cuyo itinerario abarcó desde San Francisco hasta Viena, en el que incluyó todas las ciudades con organizaciones hospitalarias susceptibles de ser estudiadas con provecho. De alguna manera, repitió el viaje de Quintela con Moreau, para adentrarse en las realidades hospitalarias del momento y compenetrarse de los conceptos modernos que ellos habían adquirido. Incluso, en Estados Unidos, visitó al Profesor Burlingame, tan citado por Quintela y Moreau en su informe, con quien se dice tuvo el siguiente diálogo:

-¿De modo que la finalidad que interesa al gobierno de su país es mi asesoramiento como técnico para la construcción del gran hospital que en él se proyecta?

-Efectivamente.

-Pues bien, mis honorarios para ese caso, serán de cien mil dólares.

-Lo que he venido a solicitar, profesor Burlingame, es su colaboración gratuita.

---

* Integraban la Comisión Honoraria, además de los mencionados, los vocales Dres. Alfredo Navarro, José Scoseria, Arnoldo Berta, Carlos Brito Foresti, Santiago Sartori y el Arq. Filisberto Ferrer. Actuó como secretario rentado Enrique Antiga. En los años siguientes, en sustitución de miembros que fueron cesando, se integraron a la Comisión los Arqs. Elzeario Boix y Raúl Lerena Acevedo, y los Dres. Héctor Damonte, Estenio Hormaeche, Juan Carlos del Campo y Juan José Crottogini. Luego de la renuncia de Blanco Acevedo en 1950, el Dr. José May pasó a presidir la Comisión, hasta la desaparición de ésta entre 1959 y 1960.

-En tal caso, cuente con ella.[59]

El Dr. C. C. Burlingame efectivamente colaboró con la Comisión Honoraria y con el Arq. Carlos Surraco en Montevideo, asesorándolo durante los primeros tiempos, por lo cual solo cobró $10.000 y el pasaje de ida y vuelta.*

Resultado del segundo grado del concurso

Un nuevo tribunal de 14 miembros tuvo a su cargo la evaluación de los proyectos presentados por los cuatro finalistas calificados en el primer grado. Este tribunal estuvo integrado por los doctores Eduardo Blanco Acevedo (presidente), Alfredo Navarro, Gerardo Arrizabalaga (quien renunció en noviembre de 1929 y fue sustituido por Carlos Brito Foresti a partir del 8 de noviembre de ese año), Arnoldo Berta, José Martirené y José May y los arquitectos Horacio Acosta y Lara, Alfredo Campos, Alberto Muñoz del Campo, Eugenio Baroffio, Leopoldo Agorio, Daniel Rocco, Emilio Conforte y Horacio Terra Arocena. Llama la atención la ausencia del arquitecto Mario Moreau tanto del tribunal como de la Comisión Honoraria, considerando su importante actuación en el trascendente viaje al Norte junto a Quintela.** El dictamen tuvo lugar en diciembre de 1929: Primer Premio: Arq. Carlos Surraco. Segundo Premio: Arq. Mauricio Cravotto. Tercer Premio: Arqs. Bastos Kliche y Mondino. Cuarto premio: Arq. Roberto Garese.[61](Fig. 29).



Figura 29.- Entrega de premios del segundo grado del concurso. Sentados, desde la izquierda, se encuentran Blanco Acevedo y Carlos Surraco, arquitecto ganador. A su alrededor aparecen varios miembros del jurado, entre los cuales se reconoce a los doctores Alfredo Navarro, Carlos Brito Foresti, José May y José Martirené y al arquitecto Leopoldo Agorio. (De Lockhart J:Historia del Hospital de Clínicas).

* Lockhart J: Op cit.

** Es posible que esta ausencia se explique por el serio diferendo que, como ya fue narrado, tuvo Moreau con la SAU (Sociedad de Arquitectos del Uruguay) con motivo de la adjudicación del proyecto del Hospital del Norte, sin mediar concurso, al Arq. Pérez Montero.

Tres meses antes se había fallado sobre el concurso de proyectos para la Escuela de Odontología. El primer premio correspondió a los arquitectos Raúl Amargós y Juan Antonio Rius y el segundo premio a los arquitectos Butler, Vera Salvo y Bonnecarrere.

Proyecto ganador

El proyecto presentado por Carlos Surraco, respetuoso del programa establecido para el segundo grado del concurso, constaba de varios edificios, uno principal con cuatro columnas de salas de internación, o redientes, en cada una de las dos alas (Figs. 30 y 31) y varios secundarios destinados a distintas secciones contempladas en el programa (Figs. 32). Estos edificios secundarios estaban destinados al Instituto de Higiene Experimental, Instituto de Anatomía Patológica, Instituto del Cáncer, Casa de Nurses, Vivienda del Director y del Ecónomo, Servicios Generales, y algunos más. Entre todos estos edificios, se ocupaba casi totalmente el predio de 12 hectáreas. Sin embargo, las sugerencias de Charles Burlingame antes de comenzar las obras, y la insuficiencia de recursos que pronto se puso de manifiesto, obligó a modificar lo planificado, tanto antes del comienzo de la construcción, una vez iniciados los procedimientos de licitación, como durante el proceso de la misma. Inicialmente fueron dejados de lado los edificios secundarios, salvo el del Instituto de Higiene, que años después fue replanteado y efectivamente construido, y el del Instituto del Cáncer, que fue integrado al ala Oeste del edificio principal. Los ocho redientes fueron reducidos a seis y de éstos los dos de los extremos debieron esperar hasta 1934 para construirse. El corte transversal del edificio central y la estructura interior de cada uno de los pisos sufrió menos modificaciones, la mayoría de ellas para adaptarse a los cambios que fueron produciéndose en las necesidades médicas.

Varias de las modificaciones que sufrió el proyecto original fueron sugeridas por el Dr. Burlingame, asesor de Surraco, durante su estadía en Montevideo (Fig. 33). Ello se infiere de la carta de siete páginas enviada años después, el 2 de octubre de 1943, por Blanco Acevedo a su amigo el Dr. Alberto Vázquez Barrière. Dice en la segunda página:

> *"En visitas a EEUU y Europa (…) me entrevisté con los más grandes técnicos del mundo en materia de construcciones hospitalarias (…) Un hombre eminente, el Dr. Burlingame, de Nueva York, acaso la autoridad más grande del mundo en materia de construcciones hospitalarias, nos asesoró con toda amplitud y generosidad. Obtuve de él que, mediante el pago de una exigua suma, alrededor de diez mil pesos uruguayos, viniera a Montevideo y trabajara con nosotros durante cuatro meses con ejemplar dedicación. Creo en tal oportunidad haber prestado un buen servicio al Estado, porque el Dr*

Concurso de planos del Hospital de Clínicas

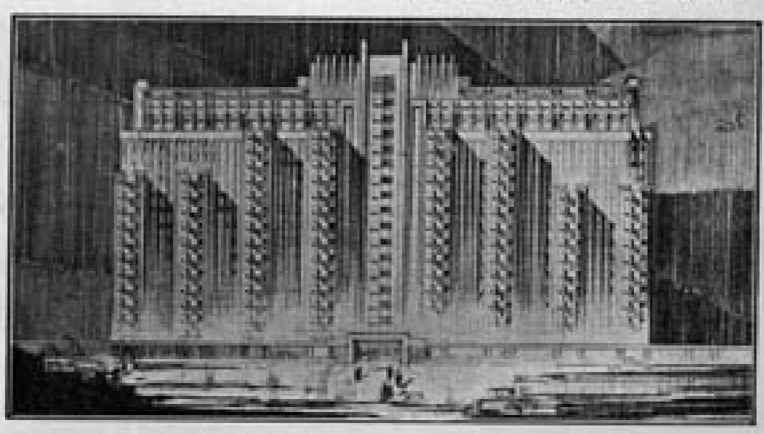
Primer premio

Arquitecto: CARLOS A. SURRACO

El 14 de Octubre de 1926, el Poder Legislativo sancionaba una ley cuyo Art. 1.º decía: "Autorízase la construcción de los edificios necesarios para la instalación de un Hospital de Clínicas con capacidad mínima de setecientas camas, del Instituto Experimental de Higiene y de la Escuela de Odontología".

y un delegado de la Sociedad de Arquitectos, tendrá a su cargo todo lo referente a la construcción del Hospital, destinándose para ello, la cantidad de $ 3.100.000.

Constituída la Comisión, designóse Presidente al Dr. Manuel Quintela, *alma máter* de la idea y enérgico y activo propulsor de su ejecución.



Fachada sobre la Avenida Italia

En otro artículo se estableció que una Comisión Honoraria formada por tres delegados del Consejo de la Asistencia Pública, tres profesores designados por el Consejo Directivo de la Facultad de Medicina, un delegado nombrado por el Consejo Nacional de Higiene, el Director de Arquitectura,

Fallecido el Dr. Quintela, la Comisión nombró al Dr. Eduardo Blanco Acevedo como Presidente, el que continúa activamente la tarea de realizar la obra emprendida.

Lo primero que hizo esa Comisión, fué adquirir un terreno de once hectáreas y organizar un

— 190 —

Figura 30.- Publicación en la revista *Arquitectura* del proyecto ganador del concurso. En la primera página se muestra la fachada norte (frente), muy distinta a lo que terminó siendo.

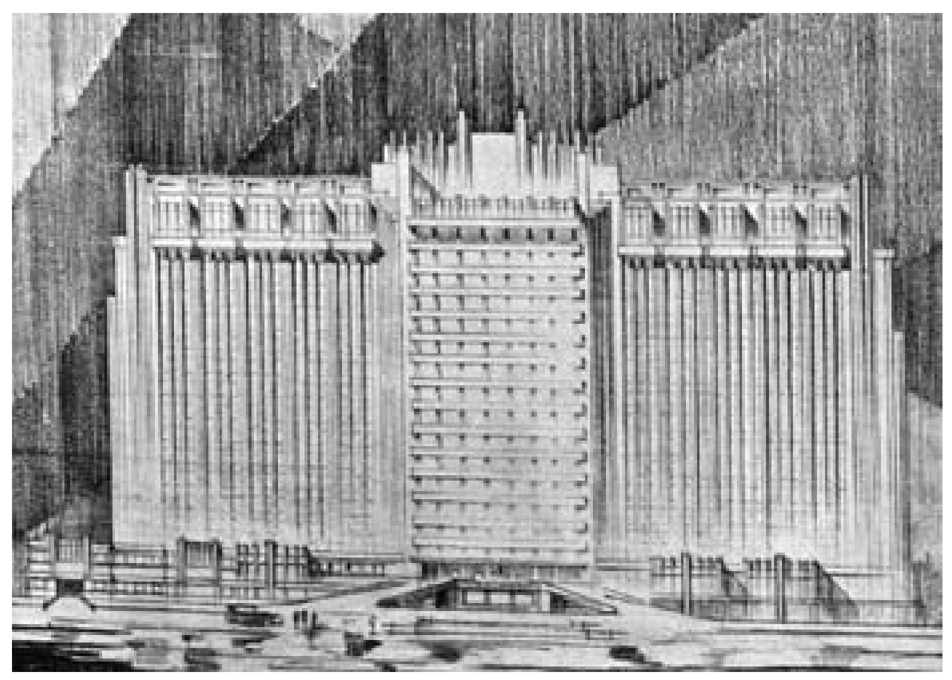


Figura 31.- Fachada sur del proyecto ganador (De *Arquitectura*, 1930)



Figura 32.- Maqueta del proyecto ganador. Junto al edificio central del Hospital de Clínicas se observan los distintos pabellones que posteriormente desaparecieron en el proyecto definitivo y de los que solo sobrevivió el de Higiene Experimental, modificado. (De *Arquitectura*, 1930)



Figura 33.- Arquitecto Carlos Surraco (izquierda), ganador del concurso, con Blanco Acevedo y Charles Burlingame (derecha), máxima autoridad norteamericana en construcción hospitalaria y asesor de Surraco a quien acompaña su secretaria Miss Coates. (De *Arquitectura,* 1930)

> *Burlingame, apoyando el tipo de edificación monoblock, introdujo modificaciones en la sistematización tan importantes que redujo la masa constructiva en metraje que representa, a los precios unitarios, un millón de pesos, sin disminuir en nada la capacidad y los servicios".*[62] *(Fig.34)*

Colocación de la piedra fundamental

Al ganador del concurso, Carlos Surraco, le correspondió la dirección de obras, como lo estipulaban las bases del concurso. Durante el correr del año 1930 se fueron elaborando las bases de la licitación de la obra civil y se fue estudiando y preparando el terreno. Por otra parte, la construcción vecina del Estadio Centenario, inaugurado en julio con el campeonato mundial de fútbol, debe haber concitado la atención de los empresarios de la construcción, que la lograron ejecutar en un plazo muy breve. La construcción del estadio estuvo plagada de dificultades por la naturaleza del terreno, ya que por ese lugar en su tiempo corría el Arroyo de la Buena Moza, que iba a desaguar a la playa de los Pocitos.* El Hospital, que se encontraba en un terreno de mayor altitud, aunque muy cercano, se vio seguramente influido por estas circunstancias.

El 24 de diciembre de 1930 tuvo lugar la ceremonia de colocación de la piedra fundamental del Hospital de Clínicas (Figs. 35 y 36). La misma se encuentra junto a la puerta lateral del ala Oeste de la galería de acceso al edificio.

* El arroyo de la Buena Moza terminaba en la playa de los Pocitos en la actual intersección de la calle Buxareo y la Rambla República del Perú.

Dr. EDUARDO BLANCO ACEVEDO

Montevideo, Octubre 2 de 1943

Señor
Doctor Alberto Vazquez Barriere

Distinguido amigo:

Hemos hablado en diversas oportunidades del Hospital de Clínicas, y me es grato ahora refirmar por escrito alguno de los conceptos y precisiones necesarios para comprender en todo su alcance esa magnífica obra que colocará a nuestro país en forma privilegiada entre los grandes países de elevada cultura, al poseer tan magnífico instrumento de asistencia y de técnica médicas, realizadas con un criterio científico inobjetable y en forma sorprendentemente económica.

No fué, sin duda, el azar ni veleidosa tendencia imitativa lo que nos hizo elegir como sistema para la construcción principal el de múltiples pisos superpuestos.- Si así lo hicimos fué a través de un largo y paciente estudio, por mi parte realizado personalmente, a cuyo fin visité en largo viaje que me costó muchos miles de pesos, todas las ciudades principales de Estados Unidos y de Europa, donde se habían construido o se proponían construir grandes hospitales.

En mi itinerario visité Nueva York, Filadelfia, Chicago, Rochester, Los Angeles, San Luis, Detroit, Boston, y luego pasando a Europa, Santander, que tiene un magnífico hospital, la Casa de Salud, de Valdecilla, Londres, Paris, Colonia, Dusseldorf, Berlin, Viena, Munich, Roma.

Me entrevisté con los más grandes técnicos del mundo en materia de construcciones hospitalarias, cambiando detenidamente ideas con muchos de ellos cuyos libros son famosos en esa rama de la arquitectura técnica, y asistí durante dos semanas al famoso congreso de Atlantic City, en que se discutió con toda amplitud el problema largamente debatido de si los hospitales deben construirse en altura, es decir, en pisos superpuestos, o en pabellones.

Este último procedimiento es anticuado, pésimo para la enseñanza, y antieconómico, y basta oír la opinión de los técnicos que actúan en el Policlínico de Roma, o en el Virchow de Berlin, para comprender que esas construcciones hospitalarias destinadas a cifras mayores de mil enfermos, constituyen el ideal de lo malo.

Un hombre eminente, el doctor Burlingame, de Nueva York, acaso la autoridad más grande del mundo en materia de construcciones hospitalarias, nos asesoró con toda amplitud y generosidad. Obtuve de él que, mediante el pago de una exigua suma, alrededor de diez mil pesos uruguayos, viniera a Montevideo y trabajara con nosotros durante cuatro meses con ejemplar dedicación.-Creo en tal oportunidad haber prestado un buen servicio al Estado, porque el doctor Burlingame, apoyando el tipo de edificación monoblock, introdujo modificaciones en la sistematización tan importantes que redujo la masa constructiva en //

Figura 34.- Primeras 2 páginas de la carta de Blanco Acevedo a Alberto Vázquez Barrière del 2 de octubre de 1943, en la que refiere que las modificaciones sugeridas por Burlingame al proyecto ganador de Surraco fueron efectivamente llevadas a cabo. (FDAN)



Figura 35.- Acto de colocación de la piedra fundamental del Hospital de Clínicas, el 24 de diciembre de 1930.

Asistieron al acto las más altas autoridades del gobierno, incluyendo al Presidente de la República doctor Juan Campisteguy y al Presidente del Consejo Nacional de Administración, doctor Baltasar Brum, así como gran parte del cuerpo

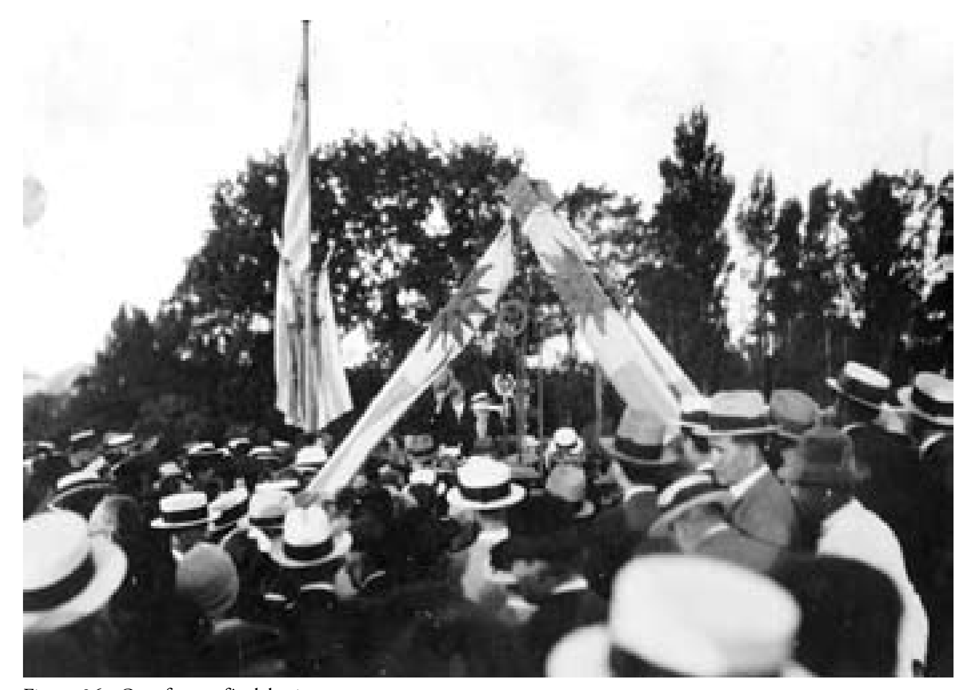


Figura 36.- Otra fotografía del mismo acto.

médico nacional y numeroso público. Hicieron uso de la palabra el Ministro de Instrucción Pública, doctor Alberto Demichelli, el Decano de la Facultad de Medicina, doctor Alfredo Navarro, el doctor José May como delegado de la Asistencia Pública Nacional, el bachiller Roberto Irigoyen como delegado de los estudiantes y el Presidente de la Comisión Honoraria del Hospital de Clínicas, doctor Eduardo Blanco Acevedo. El Ministro de Instrucción Pública expuso los lineamientos de la política del gobierno en materia de salud:

> *"La ley moderna supo colocar la ciencia médica en un plano fecundo de solidaridad social. Lo que antes era arrendamiento de obra, servicio personal mediante un precio en dinero -toma y daca en el fondo real de los hechos- pasó a ser prestación de servicios, pero sin precio; noble ejercicio del talento y de la ciencia, sin arrendamiento. Por sobre el rígido individualismo, ha triunfado así, una vez más, la solidaridad humana y el deber social del Estado."*

Culminó la parte oratoria el Dr. Blanco Acevedo con estas palabras:

> *"Vuestra presencia en esta ceremonia, señor Presidente de la República, así como la de las altas autoridades nacionales, reviste un hondo significado, pues constituye el mejor índice de la atención que nuestra democracia, de la que justamente nos sentimos orgullosos, acuerda al progreso de las ciencias y a la salud del pueblo.*
> *Aquí ha de levantarse por mandato de la representación nacional, el gran Centro Médico de Montevideo, aspiración vehemente de varias generaciones, cristalizada gracias al gran animador que fue Manuel Quintela, evocado hoy en todos los corazones, con angustiada pena e inmensa gratitud.*



Figura 37.- Anverso y reverso de la medalla conmemorativa de la colocación de la piedra fundamental. En la imagen de la fachada norte se observan modificaciones respecto al proyecto original ocurridas durante la visita de Burlingame y el proceso de presupuesto y licitación de la obra. Ya son tres redientes (módulos de internación) en cada ala en lugar de cuatro. La medalla fue obra del artista y maestro grabador Juan Azzini Dalle. (Gentileza del Sr. Leonel Bettinelli, propietario de Casa Tammaro)

Apoyada en una hermosa tradición de probidad, de sacrificios y de saber, asegurado su porvenir espiritual por una magnífica y laboriosa juventud estudiantil, guardiana desde ya del alma pura que deberá animar esta casa, la Escuela Médica, cuya primera piedra se coloca hoy, será como un recio baluarte levantado contra el dolor y la miseria humanas.
Unidos por un inmenso ideal de progreso científico y de solidaridad colectiva, hombres de gobierno, artistas, artesanos, estudiantes y maestros, soldemos nuestros esfuerzos, consagrándolos sin medida, hasta la terminación de esta formidable obra, a la conquista de la verdad, al alivio de los que sufren, a la gloria de la Nación".[63]

Con motivo de la colocación de la primera piedra del Hospital de Clínicas fueron emitidas medallas conmemorativas que se repartieron al cuerpo médico del país. De un lado, mostraban la fachada Norte del proyecto ganador ya con seis columnas de internación; al otro, lucía la siguiente inscripción: *"El 24 de diciembre de 1930 se colocó la primera piedra del Hospital de Clínicas" (*Fig. 37). Las medallas fueron acuñadas por Casa Tammaro y diseñadas por el artista y maestro grabador Juan Azzini Dalle. En total se hicieron 500 medallas de 39 mm. de diámetro. De ellas, 350 eran bronceadas, 100 plateadas y 50 doradas. El costo total fue de 700 pesos moneda nacional.

Desarrollo de la obra

El desarrollo de la obra se puede seguir a través de las fotografías tomadas por el arquitecto Surraco, que se presentan, junto con alguno de los planos, en las figuras 38 a 88.



Figura 38.- Trazado de ejes al comienzo de la obra, en marzo de 1931 (AFCS).



Figura 39.- Primeras excavaciones, 1931 (AFCS)



Figura 40.- La remoción de tierra de las excavaciones requirió el uso de zorras con tracción a sangre (AFCS).

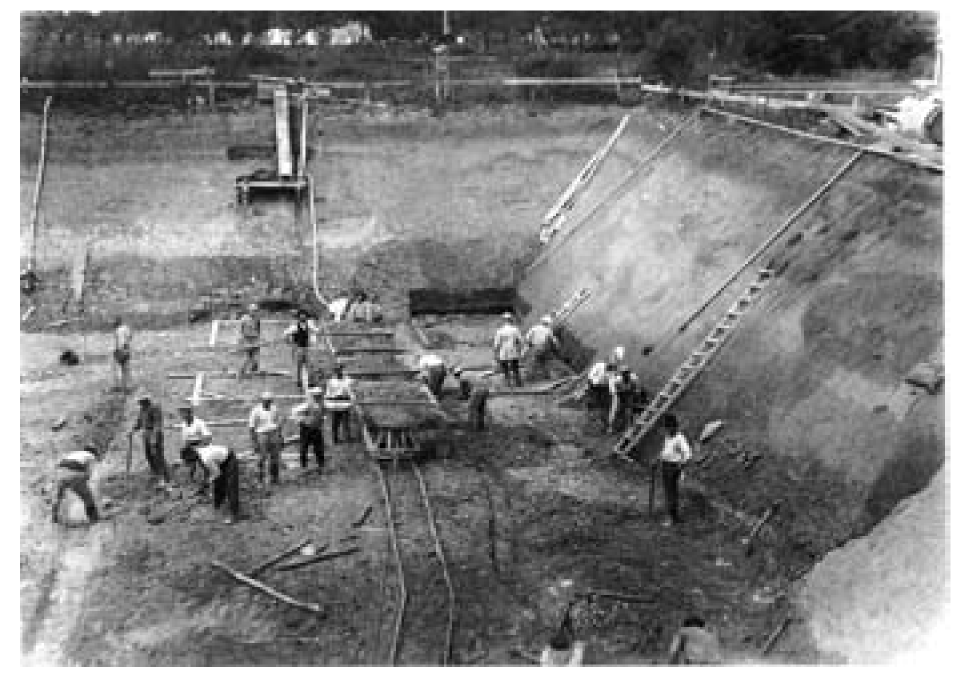


Figura 41.- Excavaciones avanzadas, 1931 (AFCS).



Figura 42.- Comienzo de la cimentación en 1931 (AFCS).



Figura 43.- Colocación de los cimientos (AFCS).



Figura 44.- Colocación de los cimientos (AFCS).



Figura 45.- Colocación de cimientos. La cimentación culminaría a mediados de 1932 (AFCS).

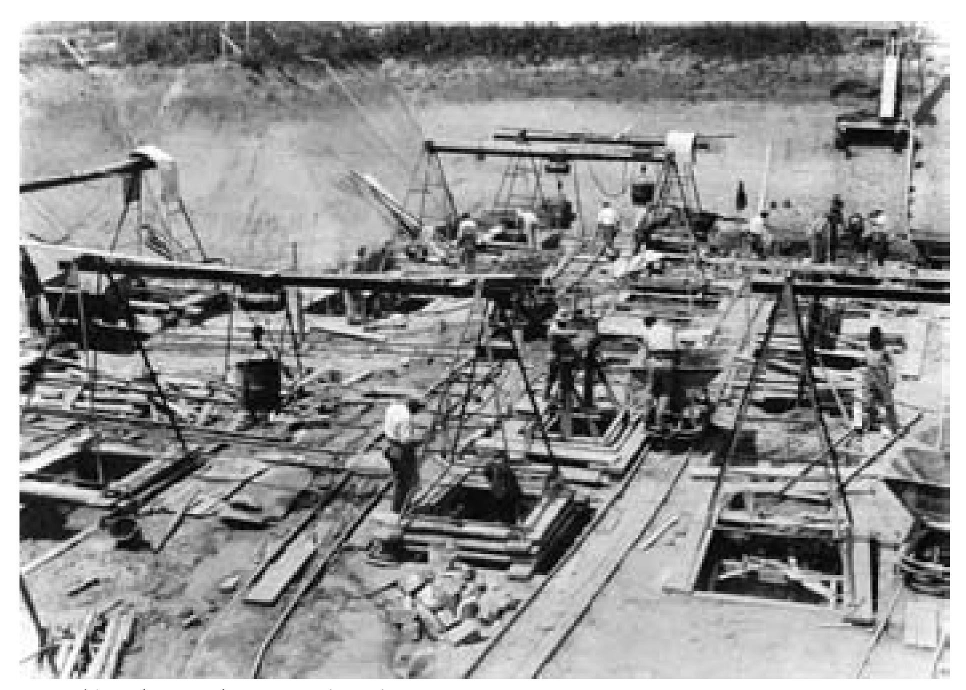


Figura 46.- Colocación de cimientos (AFCS).



Figura 47.- Estado de la obra a fines de 1931, vista desde lejos. Desde este ángulo se observan las casas que habían sido de Ciblis y la araucaria que aún persiste (AFCS).



Figura 48.-El calculista alemán Ing. Adolfo Hartschuh, gran colaborador del arquitecto Carlos Surraco (AFCS).



Figura 49.- Tareas de hormigonado, 1932 (AFCS).



Figura 50.- Tareas de hormigonado en el primer piso (AFCS).

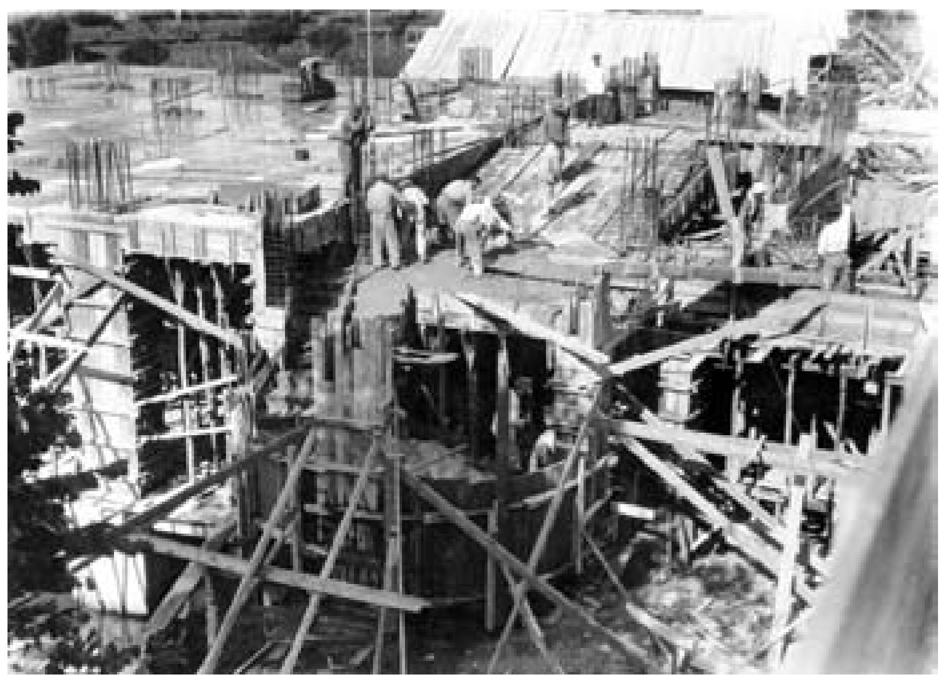


Figura 51.- Hormigonado de la escalera este del piso 1, año 1933 (AFCS).

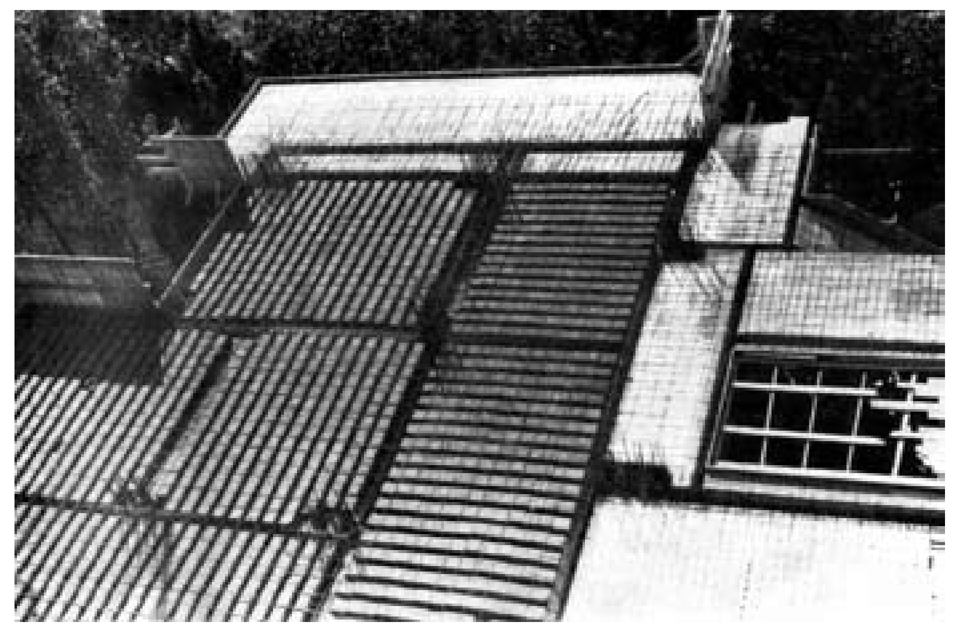


Figura 52.- El prolijo trabajo de las armaduras, realizadas por la empresa Adolfo Shaw (AFCS).

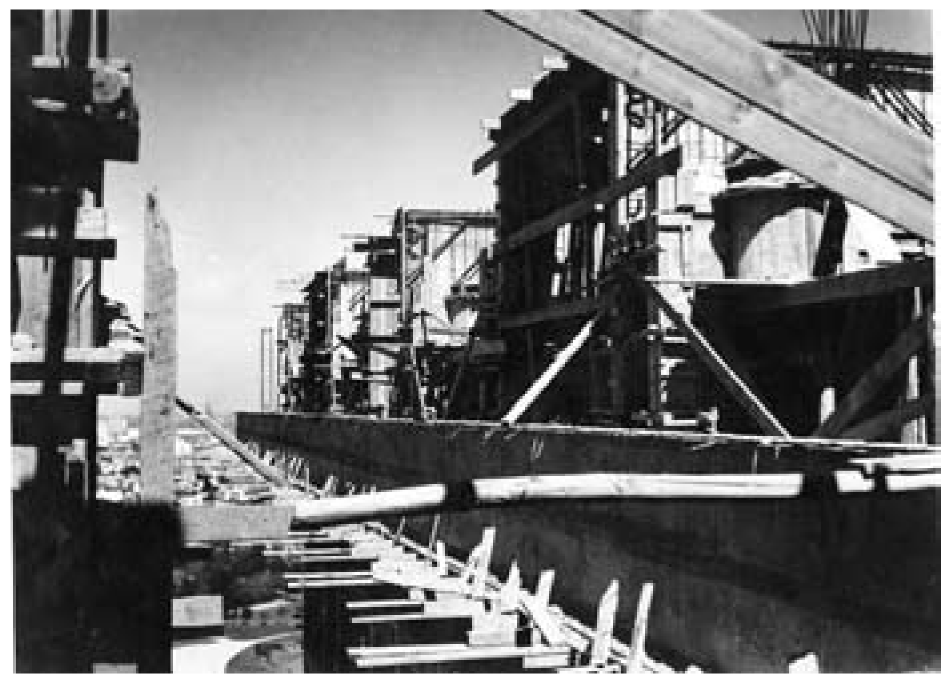


Figura 53.- Armado de bloques de hormigón (AFCS).



Figura 54.- Distintas etapas del hormigonado (AFCS).



Figura 55.- Estado de la obra en 1934, fachada norte (AFCS).



Figura 56.- Fachada sur en 1934 (AFCS).

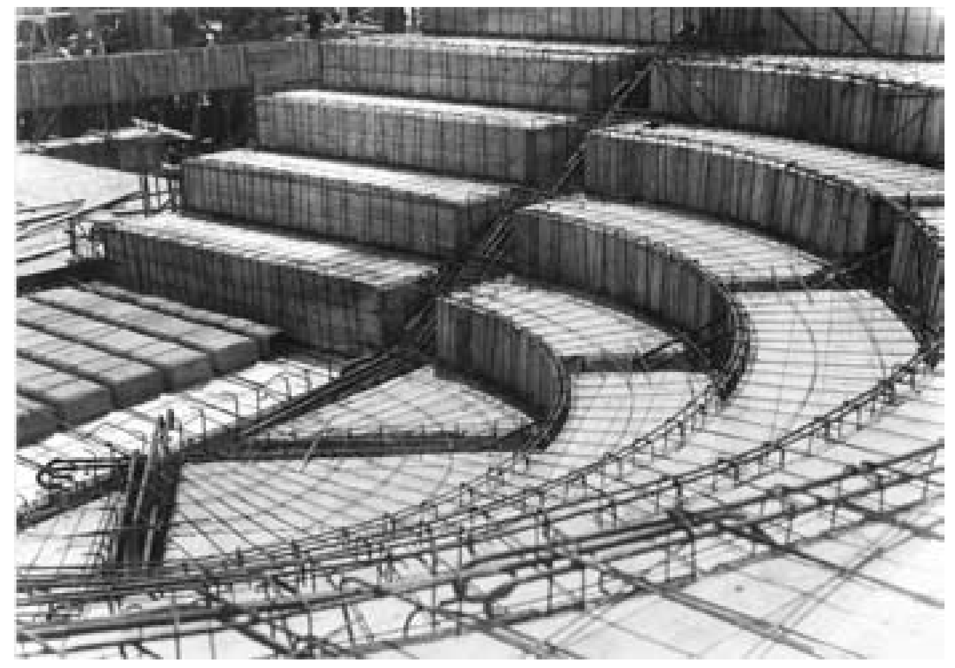


Figura 57.- Construcción de los anfiteatros (AFCS).



Figura 58.- Fachada norte en 1935 (AFCS).



Figura 59.- Fachada norte iluminada en la noche (AFCS).

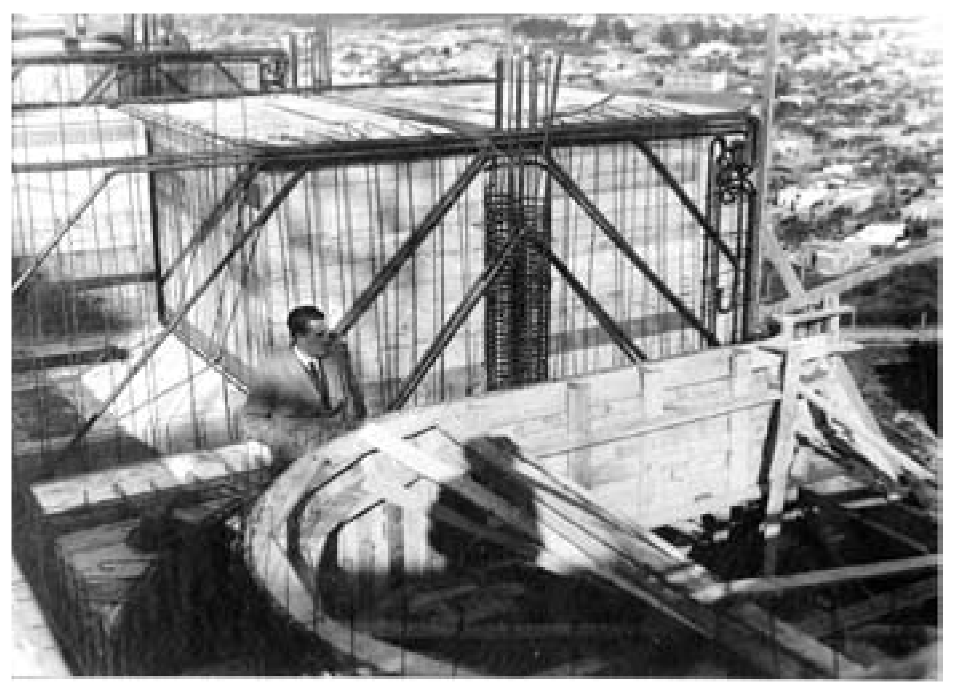


Figura 60.- Surraco inspeccionando la construcción del Block Quirúrgico (AFCS).



Figura 61.- Culminación de la estructura de hormigón en 1936 (AFCS).



Figura 62.- Estructura de hormigón terminada (AFCS).



Figura 63.- Terraza del piso 18 (AFCS).



Figura 64.- Avances en la cocina (AFCS).



Figura 65.- Tanque de agua de hormigón (AFCS).



Figura 66.- Imagen desde el aire de la estructura terminada en 1936 (AFCS).



Figura 67.- Toma desde el Parque de los Aliados en 1936 (AFCS).



Figura 68.- Recubrimiento de estructuras (AFCS).



Figura 69.- En 1938 está en curso el revoque exterior en la fachada norte (AFCS).



Figura 70.- Revoque lateral (AFCS).



Figura 71.- Revoque de fachada sur (AFCS).



Figura 72.- Estado del frente en 1940 (AFCS).



Figura 73.- Azoteas en 1940 (AFCS).



Figura 74.- Lavadero, tanques de fuel oil y calderas (AFCS).



Figura 75.- Fachada norte, 1950 (AFCS).



Figura 76.- Fachada sur, 1950 (AFCS).



Figura 77.- Frente del Hospital, alrededor de 1951.



Figura 78.- Hospital de Clínicas desde el Instituto de Higiene. (AFCS).

Figura 79.- Vista aérea del Hospital de Clínicas y sus alrededores. Fotografía tomada por la Fuerza Aérea Uruguaya en mayo de 1967. (FDAN).

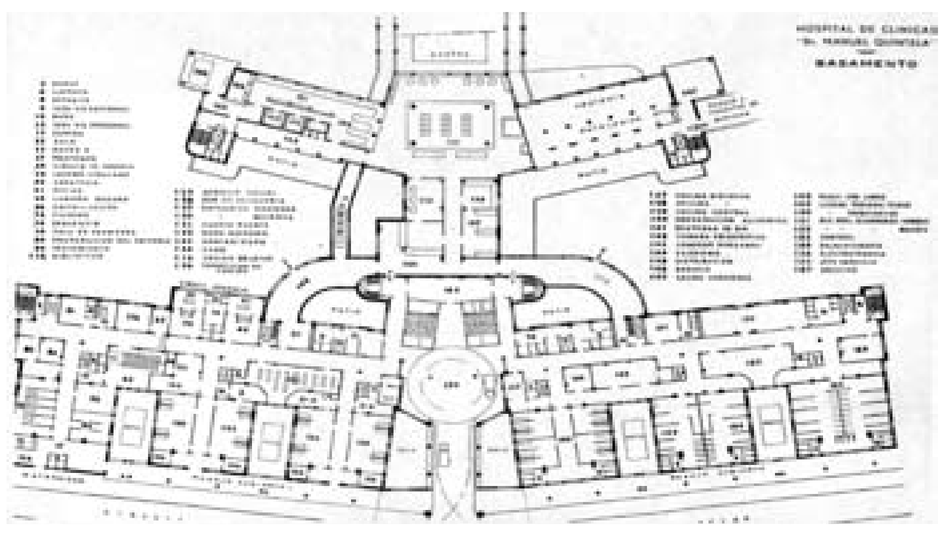


Figura 80.- Corte horizontal del basamento al final de la construcción. (FDAN).

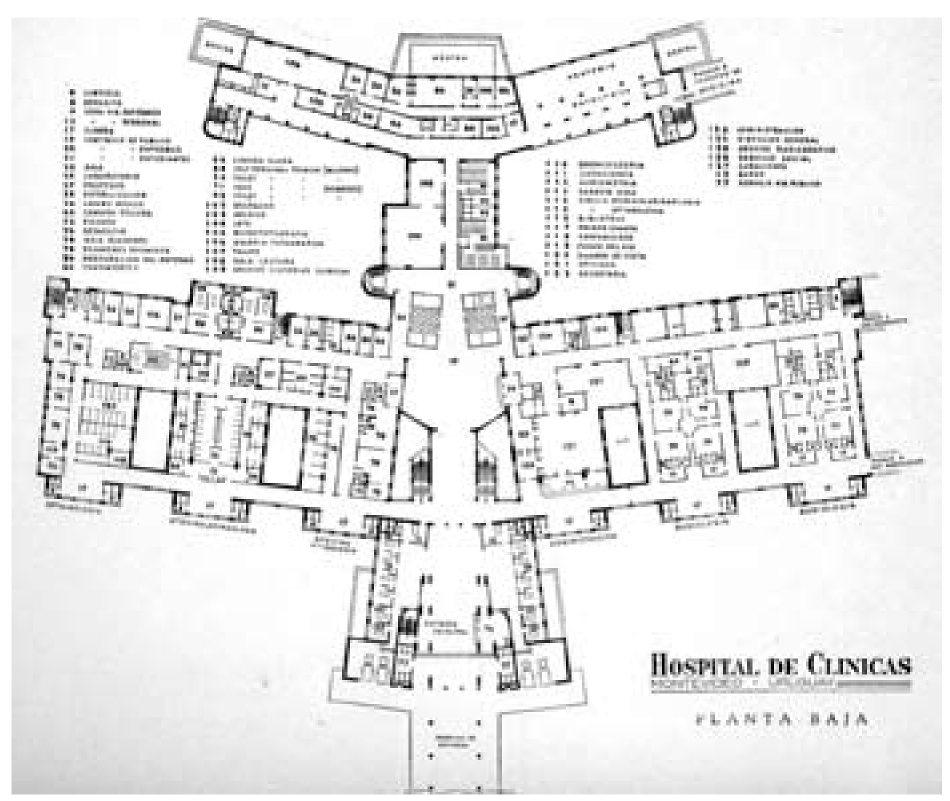


Figura 81.- Corte horizontal de la planta baja. (FDAN).



Figura 82.- Corte horizontal del primer piso. (FDAN).

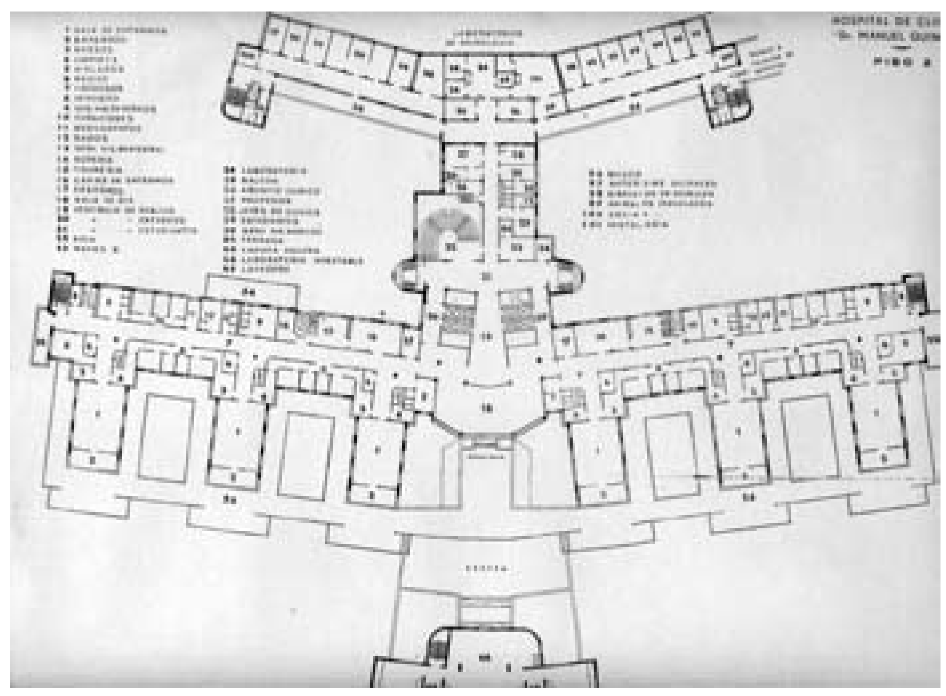


Figura 83.- Corte horizontal del segundo piso. (FDAN).

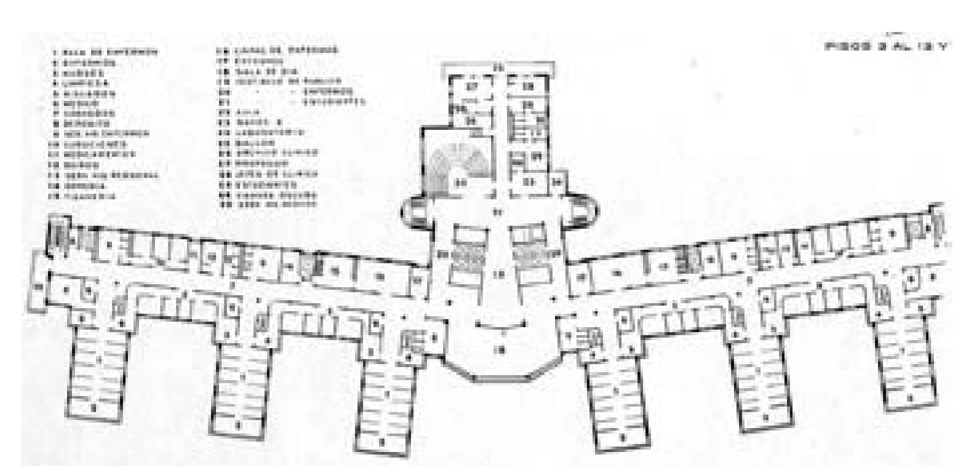


Figura 84.- Corte horizontal de los pisos 3 al 16. (FDAN).

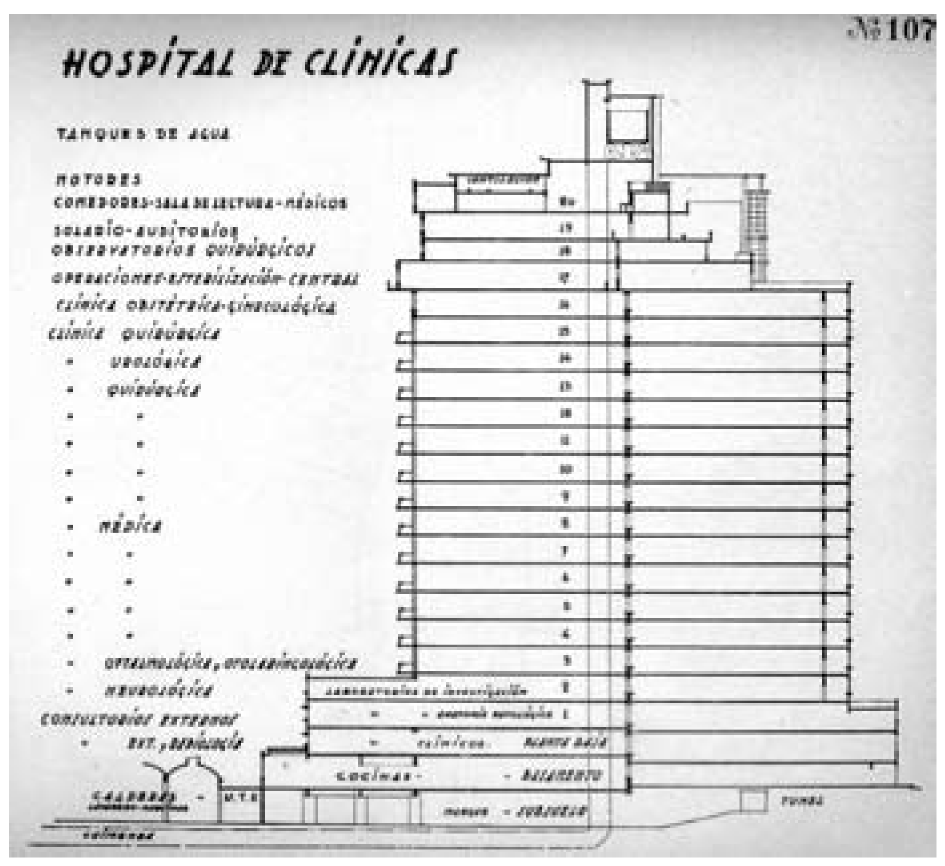


Figura 85.- Corte vertical del edificio. (FDAN).

La estructura se realizó en tres etapas, correspondientes a la cimentación que insumió todo el primer año y se terminó en agosto de 1932, el block central que se terminó, luego del agregado de las torres laterales, en marzo de 1936 y las obras complementarias para laboratorios, sala de calderas e Instituto de Radiología, que terminaron en 1940. En estas etapas fue muy importante la colaboración del ingeniero Adolfo Hartschuh (Fig. 48), de nacionalidad alemana, que había llegado al país contratado como calculista para la construcción del Palacio Salvo, que posteriormente hizo los cálculos para el hormigón del Estadio Centenario y finalmente fue llamado por Surraco para colaborar con el hormigonado del Hospital de Clínicas.

El 9 de julio de 1932 ingresó por primera vez el capataz de obra Juan Fantín, quien junto con los segundos capataces Juan Ketsmann y Cándido San Martín, y los sobrestantes Dante Angeleri, Vicente Clauser y Juan P. Montes, tendrían a su cargo la futura estructura. En una entrevista que el diario *Acción* le realizara al propio Fantín en 1949, él recordaba que cuando llegaron a la obra la cimentación ya estaba hecha. *"Había pilotes terminados por hierros. Un verdadero*

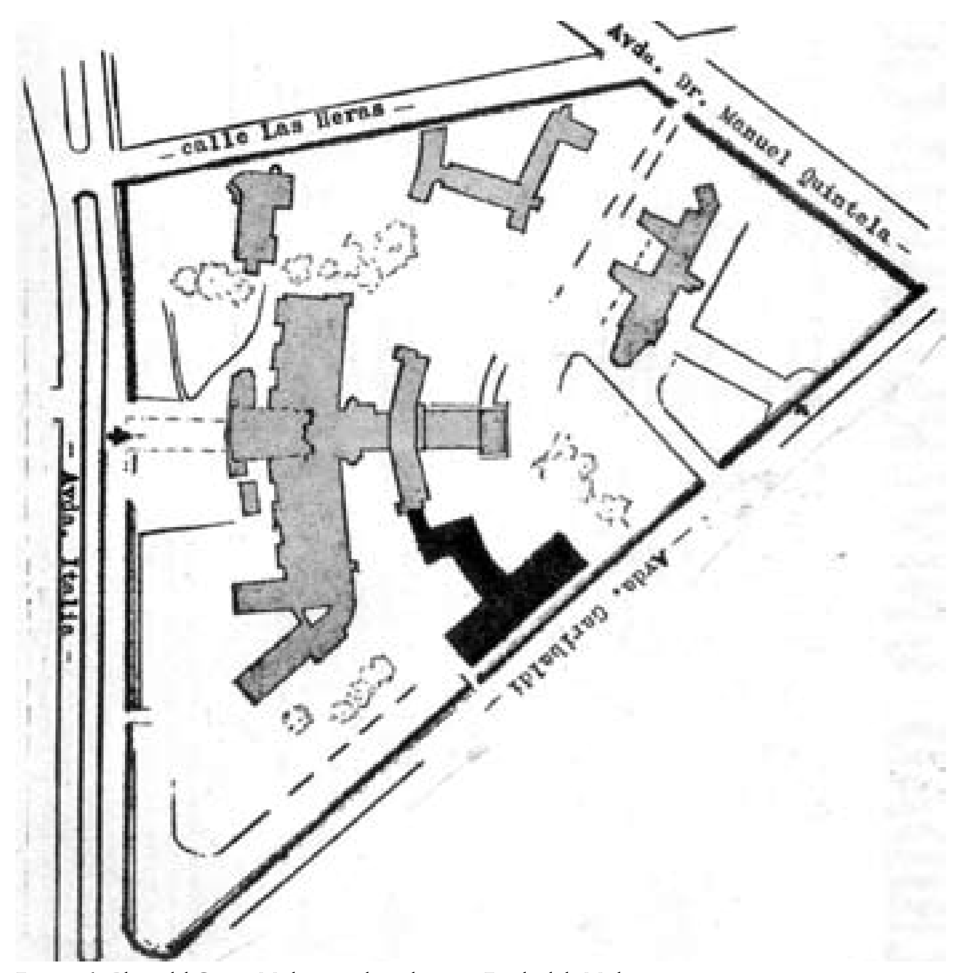


Figura 86.- Plano del Centro Médico, en el que la nueva Facultad de Medicina aparece en negro.

plantío de bastones o mangos de paraguas". En agosto comenzó a elevarse la nueva estructura y en marzo del año siguiente *"ya teníamos dos pisos sobre la inmensidad del predio"*. Un año más tarde la estructura ya alcanzaba los diez pisos de altura, quedando definida la apariencia final del edificio. Continúa el cronista:

> *"Ya se abren al aire los grandes cuerpos volados de las policlínicas. Ya están a la vista los redientes que constituyen las salas para los enfermos, ampliamente expuestas al sol, con espaciosas terrazas que aseguran el bienestar y la alegría en oposición a las tétricas salas de otros tiempos. Ya están armados en cemento los gigantescos escaños de los anfiteatros de estudio, uno en cada piso, por indicación del doctor Blanco Acevedo, humanitaria iniciativa que suprime la antigua práctica de hacerlo delante de los demás pacientes en la sala. Ya por ese tiempo, marzo del 34, el hospital ha crecido, y tira hacia arriba las columnas sunchadas que soportarán cargas de hasta 1.500 toneladas cada una. Ya es palpable el prolijo trabajo de la armadura que, detalle a detalle,*

va mostrando el mérito de la labor realizada por la empresa constructora "Adolfo Shaw". Es la época en que todo aquel esqueleto se llena de rumores de estudiantes de arquitectura que, con sus profesores a la cabeza, le recorren minuciosamente, requisándolo palmo a palmo, en el ansia de compenetrarse de aquella sutil maquinaria que va armándose con seguridad y provecho. Poco más adelante, a ochenta metros del suelo, los encofrados volados anuncian el advenimiento de los amplios solarios con los cuales habrá de culminar el edificio. Ya destácase, nítida, la grandeza da la perspectiva plafonante en el cuerpo central del edificio que elévase sin cese, armoniosamente".[64]

En 1936 se lograba finalizar el bloque central. Los materiales utilizados hasta el momento correspondían a 18.000 toneladas de hormigón y 3.000 toneladas de hierro, con tal precisión en los cálculos que pudo afirmarse que era la estructura más económica que se había realizado en el país. Este bloque central está formado por ocho pequeños edificios verticales que tienen contacto unos con otros por especiales juntas de dilatación que permiten el libre movimiento de esos ocho edificios por acción de las temperaturas sin que resulte apreciable en ninguna parte de la obra. Expresaba Juan Fantín en la citada entrevista:

"Había mucho entusiasmo, pero nosotros no creíamos que llegaríamos a los cien metros de altura. Hay que ver que después del Palacio Salvo, era la primera obra montevideana que tenía que llegar a semejante altura, ¡100 metros! (…) Sin embargo, al cabo de dieciséis años, con los altibajos del ritmo con que se proseguían las obras, llegamos. Llegamos a los cien metros y coronamos la obra con el tradicional penacho de ramas y hojas. Y nos ganamos el asado, que por primera vez se hizo en una obra costeada por el Estado" [65]

Las obras complementarias a la estructura del núcleo central quedaron terminadas en 1940. El 3 de julio de ese mismo año, Blanco Acevedo se presenta ante la Comisión de Obras Públicas de la Cámara de Diputados, donde expone la importancia de lo que él llama una "ciudad hospitalaria", diferenciándola de los demás centros asistenciales de salud, y comparándolos con los hospitales de primer nivel existentes en otros lugares del mundo, como el de Madrid, el de Lille y el Columbia Medical Center de Nueva York, cuyo director técnico, Dr. Burlingame, había estado en Montevideo durante dos meses trabajando conjuntamente con la Comisión Honoraria del Hospital y con el Arq. Carlos Surraco.

Diferentes problemas económicos hicieron que la construcción se desarrollara en diferentes etapas que fueron enlenteciendo la obra. El proyecto, luego de presupuestado, define seis torres similares y casi independientes en cuanto a servicios y suministros, y una torre central con una gran vidriera vertical en la que se localizan los ascensores públicos. De estas seis torres, las dos laterales habían sido suprimidas en el año 1932, mutilando la plástica arquitectónica de la obra y su organización funcional. Las cuatro centrales se construyeron en

la primera etapa. En ese momento la financiación inicialmente aprobada no permitía la construcción de las seis que aparecían en el proyecto. Durante la construcción de las mismas, continuaron las pujas presupuestales para la financiación total de la obra original. En marzo de 1935, habiéndose obtenido la ampliación de las partidas económicas, se comenzó la cimentación y elevación de las torres situadas a ambos extremos del edificio, cuando el resto de la estructura ya había finalizado. Al año siguiente alcanzaban la altura de los otros redientes.

Una de las partidas extraordinarias fue otorgada a través de la ley del 14 de agosto de 1935, llamada "ley del reavalúo". Esta ley contiene disposiciones que beneficiaron con recursos económicos a varias instituciones, entre las cuales el Hospital de Clínicas, mediante un texto confuso que fue criticado por el gremio médico ya que de él cabía interpretar una dependencia administrativa del Hospital del Ministerio de Salud Pública y no de la Facultad de Medicina.[66]

Una vez finalizada la estructura se comenzó a levantar los muros. La culminación de las **obras de albañilería** fue una de las etapas más prolongadas de la obra.

A partir de 1935, diversas leyes otorgaron pequeñas partidas de recursos extraordinarios para la construcción del Hospital. La aprobación de la ley Nº 10.487 del 20 de mayo de 1944, habilitó la considerable suma de $3.000.000 para la terminación de las obras y su habilitación, respondiendo a la solicitud de ampliación de recursos realizada por la Comisión Honoraria.

En 1947 existe una nueva solicitud de fondos para el final de las obras. De los $3.000.000 otorgados por la Ley 10.487 tres años antes, ya habían sido ejecutados $2.700.000, estando finalizados y en pleno funcionamiento el Instituto de Higiene, la Facultad de Odontología y el Instituto de Traumatología, edificio construido para el Banco de Seguros del Estado, luego transferido al Ministerio de Salud Pública. La nueva solicitud efectuada por la Comisión Honoraria al Ministro de Salud Pública Dr. Enrique Claveaux el 12 de mayo, refería a un total de $2.897.518,10. Este monto se separa en dos rubros y se dirige a dos fuentes de financiación diferentes: al Ministerio de Obras Públicas se le solicitan $1.463.834,50 para las terminaciones de los edificios del Centro Médico, y al Ministerio de Salud Pública para materiales e instalaciones asistenciales, técnicas y docentes se solicitan $1.433.683,60. Estos montos son valorados positivamente por la Dirección de Arquitectura del Ministerio, que a su vez agrega un incremento de $241.833,44 para el primer rubro (edificios del Centro Médico).

En cuanto a los **materiales** empleados, los metrajes alcanzan las siguientes cifras: 55.857 metros cuadrados de revestimientos, 79.211 metros cuadrados de pisos que significan 1.980.275 baldosas de veinte centímetros de lado, 34.518 metros lineales de zócalos, 1.096.474 bloques utilizados en los tabiques interiores, 745.000 kilogramos en ventanas de hierro, 400 kilómetros de cables

de diversos calibres para las instalaciones. Todo esto para alcanzar los 150.000 metros cuadrados construidos. Muchos de estos materiales fueron fabricados a pie de obra, en el propio obrador, brindando la rapidez que la construcción requería.

Obreros participantes y seguridad. En los trabajos de hormigón, actuaron 3.900 obreros, 1.550 oficiales y 2.350 peones, totalizando la cifra de 92.000 jornales. En las obras de albañilería, se emplearon 8.000 obreros, con un total de 200.000 jornales. En la cimentación trabajaron 2.000 operarios, en total 75.000 jornales. En ratificación de la importancia del sistema de instalaciones eléctricas, cabe consignar que actuaron en ellas 167 personas, totalizando 26.568 jornales. En las obras de calefacción, intervinieron 205 obreros de las distintas categorías y especializaciones, habiendo trabajado en total durante 35.116 jornales. En las instalaciones sanitarias, el número de obreros empleados alcanzó a 106, totalizando 41.054 jornales. En las obras de carpintería, los jornales distribuidos alcanzaron a 3.160. En el sistema de ventilación, se emplearon 77 obreros, trabajando en conjunto 10.994 jornales. También actuaron en la edificación metálica 178 obreros.

En total, el número de obreros en los distintos gremios de la construcción y otras especializaciones que actuó en las obras del Hospital de Clínicas puede ser estimado en 30.000, sin contar los obreros de actuación indirecta, que prepararon materiales e implementos fuera de la obra. Del total de trabajadores cerca del sesenta por ciento respondía a mano de obra local, siendo el resto extranjeros.

Fuera de los múltiples accidentes de trabajo inevitables en una obra gigantesca y con centenares de obreros y que originaban lesiones en general fácilmente reparables, debe recordarse que hubo dos nombres de obreros que la memoria del pueblo debe conservar: Antonio Zinder, alemán de 28 años y José



Figura 87.- Visita del Presidente Alfredo Baldomir a la obra. (AFCS)



Figura 88.- Visita del ministro Tomás Berreta, durante la presidencia de Juan J. Amézaga. (AFCS)

Zubrick, checoeslovaco, de 45 años. Eran obreros especializados que habían traído la artesanía depurada de viejas escuelas europeas. Fallecieron al caer de lo alto del edificio. Sus nombres deben estar entre los símbolos de la obra.

El **costo final** del Hospital de Clínicas al momento de la entrega a la Universidad fue alrededor de los 17 millones de pesos, incluyendo los otros edificios del llamado Centro Médico.

La magnitud de la obra hizo que ésta fuera muy visitada durante la construcción. Acudieron autoridades nacionales (Figs.87 y 88), médicos extranjeros y estudiantes, tanto de Medicina como de Arquitectura (Fig. 89).



Figura 89.- Un grupo de estudiantes de arquitectura visita la obra con su docente. (AFCS)

Descripción de la obra

Esta descripción se basa en los conceptos señalados por el arquitecto Carlos Surraco,[67,68] algunos de ellos citados textualmente.

Instalaciones. "En el renglón de las instalaciones eléctricas, el Hospital está dotado de las más modernas disposiciones para ese tipo de edificio contando con iluminaciones protegidas para los enfermos, luces veladoras para las noches, dobles circuitos de alimentación de todos los grupos quirúrgicos, en los cruces de circulaciones importantes, indicadores para médicos con tableros luminosos para 100 nombres, indicadores de teletermómetros para conocer las temperaturas de las salas de operaciones, y llamadas luminosas para todos los enfermos del Hospital.

Naturalmente ha sido cuidado el sistema de teléfonos internos y externos con su central, y se ha instalado una red de indicadores de incendio eléctricos, en los puestos donde se depositen elementos combustibles.

Las instalaciones de calefacción y de agua fría y caliente han sido distribuidas en cuatro zonas, comprendiendo cada una de ellas de tres a seis pisos formando circuitos cerrados. La instalación de calefacción se ha dividido en zonas según la orientación cardinal y la altura de los pisos, con controles eléctricos que automáticamente detendrán o aumentarán total o parcialmente la circulación del calor según las temperaturas exteriores o interiores del edificio.

En cuanto a las instalaciones sanitarias, se han dividido todas las columnas montantes de desagües con cámaras intercomunicadas, y los desagües llegados a nivel de la planta del terreno natural se dividen en dos ramales principales que se dirigen a los colectores existentes en las calles Las Heras y Quintela. Para los aparatos sanitarios hubo que recurrir a material más barato que el deseado de losa vitrificada.

Las instalaciones de ascensores, debido a la invalorable previsión de la Comisión Honoraria, fueron adquiridas antes de la iniciación de la guerra mundial, por lo que el Hospital cuenta con un insuperable equipo de ascensores de nivelación micrométrica y de alta y suave velocidad para todos los servicios, formando una batería de 18 aparatos totalmente instalados y prontos a funcionar.

La ventilación del block central del Hospital de Clínicas y del edificio de Laboratorio se realiza por gravedad, corriendo por ductos construidos en la misma mampostería del edificio y que tienen en sus vértices aspiradores eléctricos silenciosos."

Salas de operaciones. "El aire acondicionado y su filtración en la ventilación de las salas de operaciones está totalmente previsto en el edificio y podrá instalarse cuando la oportunidad sea propicia. Cabe explicar que la técnica operatoria en estos últimos años ha evolucionado rápidamente existiendo cada vez mayor pureza de aire en el ambiente operatorio. Se ha constatado que las

operaciones realizadas con rapidez y en ambientes de la máxima pureza de aire reducen los accidentes, las complicaciones y el tiempo de cicatrización. Ha sido estudiado ese asunto y ya se realizan en muchos países la esterilización total o parcial de la sala de operaciones. La esterilización parcial, de mucho menor costo, parece ser suficiente para la conquista de la asepsia del campo operatorio y puede realizarse en nuestro Hospital de Clínicas, a poco costo con respecto a cualquiera de los otros procedimientos.

Estrechamente vinculada a la asepsia del ambiente operatorio se encuentra la solución adoptada para separar todo el personal y estudiantes que van a observar las operaciones y que no deben permanecer ni tener el más mínimo contacto ni posibilidad de mezclarse en los recorridos ni en los lugares destinados al enfermo en ningún momento de su estada en el piso quirúrgico. Así se ha obtenido separación y al mismo tiempo posibilidad de la mayor eficiencia para observar las operaciones desde una distancia de dos metros del campo operatorio, por medio de la construcción de anfiteatros en balcón elevados y separados por bóvedas atérmicas y fajas de observación construidas con cristales.

El piso operatorio del Hospital consta de seis grupos de funcionamiento semi-autónomo, cada uno con dos salas de operaciones con sus dependencias completas y además tres salas de operaciones para cirugía especial. Alimenta todo este sistema un moderno equipo de esterilización central a vapor y eléctrico con controles automáticos y un sistema de alimentación para todas las salas de operaciones de agua estéril fría y caliente, aspiradores neumáticos, oxígeno y carbógeno en forma que desde un puesto único en el piso 17 se distribuyen todas las tuberías e instalaciones para todas las necesidades químicas y electromecánicas del acto operatorio.

Las salas de operaciones han sido puestas a tierra por un sistema de subpiso en red metálica soldada a todas las tuberías de agua con la finalidad de evitar las corrientes estáticas y además las salas de cirugía del Instituto de Neurología constituyen una cámara de Faraday totalmente blindada contra las influencias eléctricas exteriores."

Pisos de clínicas. "Los quince pisos correspondientes a las clínicas de la Facultad de Medicina comprenden cada uno de 120 a 140 enfermos. El 30 % de esta capacidad está destinado a habitaciones personales y bipersonales para enfermos aislados. El conjunto de una sala común y un grupo de enfermos aislados constituye un sexto de cada piso y dispone de su balcón vidriado y de todos los servicios indispensables para el funcionamiento integral de la asistencia. Cada piso tiene su anfiteatro de clases. Es necesario destacar por ser ésta una de las grandes conquistas arquitectónicas de nuestro Hospital que la disposición de planta con un vestíbulo central que contiene todas las baterías de ascensores para público, técnicos y montacamillas, asegura un control total y fácil de cada piso."

Aspecto social. “El piso 19 del Hospital de Clínicas tiene un valor de una trascendencia incalculable para el futuro de la asistencia y en especial manera de la profilaxis y la educación sanitaria del país, ya que está dispuesto que todos los enfermos antes de abandonar el hospital, permanecerán algún tiempo en ese piso, que dispone de terrazas para reposo, solarios y de un auditorio para conferencias, donde se podrá dar enseñanza oral, proyecciones, espectáculos y audiciones que contribuyan a ilustrar sobre todos los puntos que la divulgación científica, cultural y gráfica aconsejen en el esfuerzo tendiente a evitar muchas dolencias previsibles cumpliendo así con el axioma cada vez más evidente de que es mejor y más fácil evitar que curar la enfermedad”.

Opinión del Arq. Leopoldo Artucio

> *“Surraco quiso hacer un hospital sobrio pero sin ningún tono de austeridad carcelaria. Se situó muy próximo al racionalismo estricto con algunas combinaciones volumétricas que lo enriquecen. El gran cuerpo del edificio no es un prisma recto sino levemente quebrado en el centro, y en él se incrustan los volúmenes de las áreas de enfermos, suficientemente separados unos de otros. Todo el sistema es funcionalmente correcto y plásticamente rompe con la rigidez vitalizando las formas en general. El orden de ventanas repetido incansablemente a lo largo y a lo ancho de las superficies; la simplicidad casi monótona de sus fachadas y el juego de la luz sobre las salas de internación salientes, hacen del hospital una obra plástica avanzada en esos años primeros de la modernidad”.*[69]

Las dificultades durante el proceso de construcción

A lo largo de las dos décadas que van desde la colocación de la piedra fundamental, el 24 de diciembre de 1930, hasta la definición por ley del destino y administración del Hospital a la Universidad de la República y su Facultad de Medicina, el 27 de junio de 1950, fueron numerosas, y de diversa índole, las dificultades atravesadas.

Unas dificultades fueron de orden constructivo. La ejecución del más ambicioso proyecto desarrollado en el Uruguay de la primera mitad del siglo XX, debió sortear obstáculos como la Segunda Guerra Mundial, que hicieron peligrar los embarques de implementos adquiridos para incorporar al edificio, y fue finalmente concluida con éxito. Cupo en esa gestión un papel relevante al Dr. Eduardo Blanco Acevedo, quien encabezó y dirigió la Comisión Honoraria, desde la muerte de Manuel Quintela hasta la finalización de la obra. La carta que el Prof. Burlingame dirigiera a Blanco Acevedo en plena guerra, relativa a las dificultades en la construcción de hospitales que también vivían en EEUU,

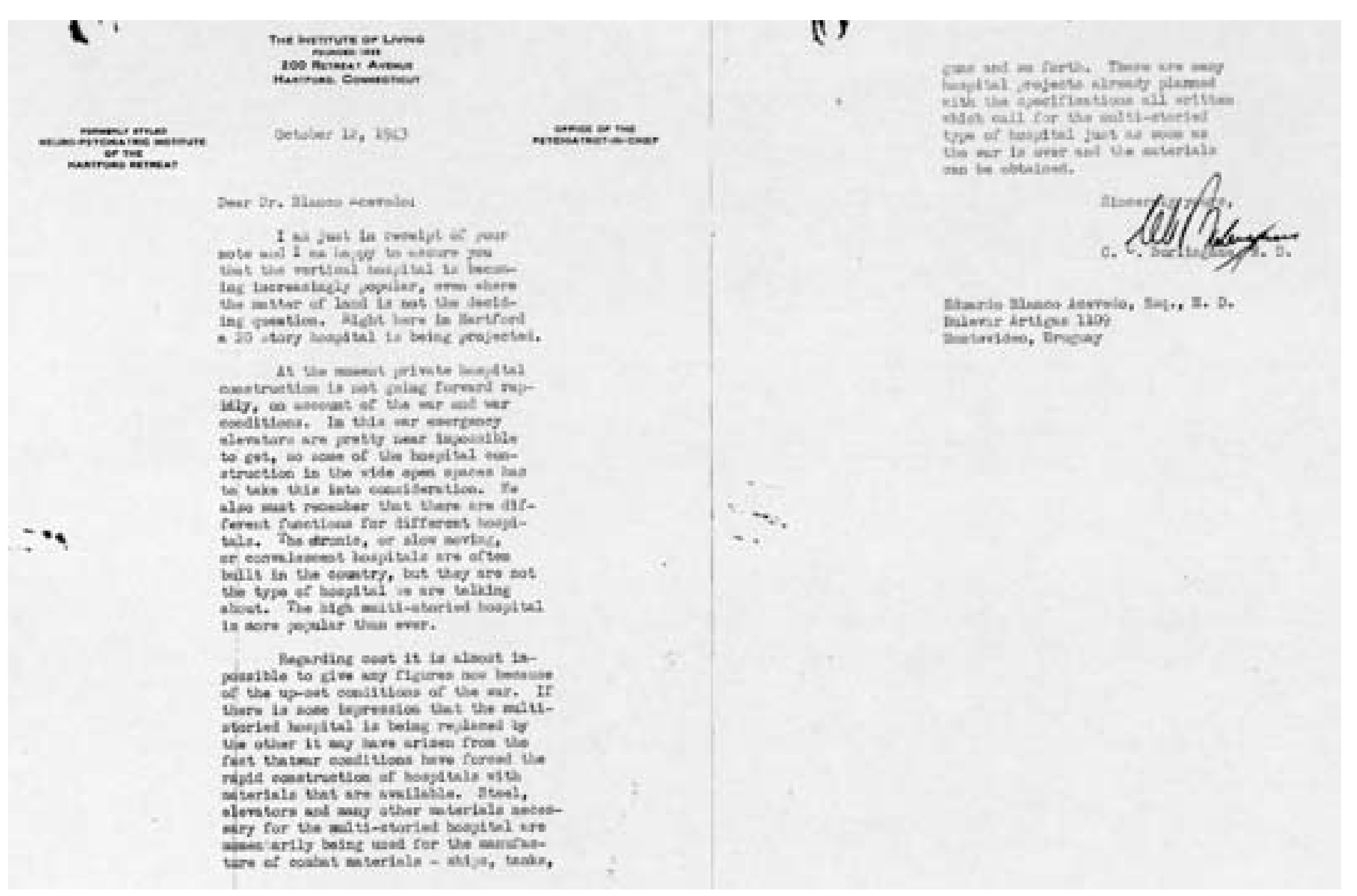
permite apreciar en toda su entidad los problemas que se enfrentaban. Dice una parte de la misma:

> *"…Respecto a costos, es casi imposible dar cifras ahora por las alteradas condiciones de la guerra. Si existiera la impresión que el hospital de múltiples pisos está siendo sustituido por otro, ello puede haber surgido del hecho que las condiciones de la guerra han forzado la rápida construcción de hospitales con los materiales que están disponibles. Acero, ascensores y muchos otros materiales necesarios para el hospital de múltiples pisos son momentáneamente utilizados para la construcción de materiales de combate –barcos, tanques, armas y artículos por el estilo. Hay muchos proyectos de hospitales ya planificados, con especificaciones escritas, que están destinados a hospitales de múltiples pisos ni bien termine la guerra y se puedan obtener los materiales".*[70] *(Fig. 91)*

No menos importante fue la labor desarrollada por el joven arquitecto ganador del concurso en segundo grado, Carlos A. Surraco (Fig. 90), que



Figura 90.- Arquitecto Carlos Surraco, ganador del concurso y director de las obras, en una de sus inspecciones diarias. (AFCS)



The Institute of Living
200 Retreat Avenue
Hartford, Connecticut

Formerly styled Neuro-Psychiatric Institute of the Hartford Retreat

Office of the Psychiatrist-in-Chief

October 12, 1943

Dear Dr. Blanco Acevedo:

I am just in receipt of your note and I am happy to assure you that the vertical hospital is becoming increasingly popular, even where the matter of land is not the deciding question. Right here in Hartford a 20 story hospital is being projected.

At the moment private hospital construction is not going forward rapidly, on account of the war and war conditions. In this war emergency elevators are pretty near impossible to get, so some of the hospital construction in the wide open spaces has to take this into consideration. We also must remember that there are different functions for different hospitals. The chronic, or slow moving, or convalescent hospitals are often built in the country, but they are not the type of hospital we are talking about. The high multi-storied hospital is more popular than ever.

Regarding cost it is almost impossible to give any figures now because of the up-set conditions of the war. If there is some impression that the multi-storied hospital is being replaced by the other it may have arisen from the fact that war conditions have forced the rapid construction of hospitals with materials that are available. Steel, elevators and many other materials necessary for the multi-storied hospital are momentarily being used for the manufacture of combat materials - ships, tanks, guns and so forth. There are many hospital projects already planned with the specifications all written which call for the multi-storied type of hospital just as soon as the war is over and the materials can be obtained.

Sincerely yours,

C. C. Burlingame, M. D.

Eduardo Blanco Acevedo, Esq., M. D.
Bulevar Artigas 1409
Montevideo, Uruguay

Figura 91.- Carta de Charles Burlingame a Eduardo Blanco Acevedo narrando las dificultades a consecuencia de la Segunda Guerra Mundial. (FDAN)

condujo el proceso constructivo sorteando con esfuerzo las dificultades locales, recurriendo incluso a vehículos de tracción a sangre para compensar la falta de maquinaria y transportes más apropiados. Tuvo además la constancia de documentar la marcha de la construcción, incluyendo sus dificultades, a través de su cámara fotográfica, con magníficas imágenes que abarcan desde la instalación de los cimientos hasta la finalización del emblemático edificio, muchas de las cuales ilustran este libro.

Otras dificultades se debieron al paso del tiempo, que fue creando un desfasaje entre el hospital proyectado y los adelantos médicos. Con el transcurso de los años se fueron notando carencias estructurales no previstas en el proyecto inicial, por la aparición posterior de necesidades nuevas, como la de un sistema centralizado de suministro y depósito de gases anestésicos.[71]

También existieron dificultades de orden político, constituidas por los obstáculos que algunas personalidades interesadas interponían para impedir que se cumpliera el objetivo de confiar a la Universidad de la República y su Facultad de Medicina, la administración y dirección del Hospital de Clínicas, procurando que privara una gestión de doble comando, entre el Ministerio de Salud Pública y la Facultad de Medicina, relegando a ésta a una mera función docente.



Figura 92.- Julio César García Otero. Uno de sus decanatos cubrió el período de 1939 a 1946. (AFEG)

Superadas estas últimas, por imperio de la férrea voluntad y aguda inteligencia de conductores universitarios de altos quilates que tuvo la Facultad de Medicina, pudo finalmente ponerse en funciones el mayor hospital construido por el país en su historia, y el primero pensado y diseñado para ser un Hospital Escuela. Principalmente gracias a los importantes servicios de los decanos Julio C. García Otero (1939-1946 y 1956-1958) (Fig. 92), Abel Chifflet (1946-1949) (Fig. 93) y en forma especial Mario A. Cassinoni (1949-1954) (Fig. 94), quienes trabajaron ardorosamente para

lograr aquel objetivo, exponiendo su pensamiento en forma clara y contundente, así como las razones que a lo largo de tantas décadas habían dado fundamento a la creación misma del proyecto del Hospital de Clínicas. Así tuvieron que enfrentar nuevos desafíos, y supieron estar siempre a la altura de ellos. Tal vez no haya otro ejemplo similar en la historia de la Administración Pública nacional, que ponga de relieve la transparencia, honestidad y dignidad con que actuaron los sucesivos dirigentes universitarios en este largo proceso. Con sus diferentes enfoques políticos o filosóficos, unidos por un mismo sentimiento de pertenencia a la Facultad de Medicina que, retomando las mejores tradiciones, los proyectó al futuro con auténtica grandeza. Los decanos que actuaron en estos tiempos difíciles pusieron en evidencia sus altas dotes morales e intelectuales, a la vez que hicieron honor a todos sus compromisos asumidos cuando tomaron posesión de sus respectivos cargos. Fueron dignos sucesores de la pasión de Quintela y todos cuantos impulsaron en su génesis el ambicioso y necesario proyecto.



Figura 93.- Abel Chifflet, Decano de la Facultad de Medicina de 1946 a 1949. Vivió el duro período de discusión de la pertenencia del Hospital.

Definición de la pertenencia del Hospital de Clínicas

Las diferencias entre la Facultad de Medicina y el sector político partidario de que el Hospital quedara como servicio asistencial dentro del Poder Ejecutivo



Figura 94.- Mario Cassinoni, Decano de la Facultad de Medicina de 1949 a 1954. Bajo su decanato se decidió la entrega del Hospital a la Universidad y luego de intensos esfuerzos que lo tuvieron como actor principal se inauguró el Hospital en setiembre de 1953.

(primero Asistencia Pública Nacional y luego, desde 1934, Ministerio de Salud Pública) se mantuvieron en forma permanente luego de la ley de creación de octubre de 1926. Mientras el edificio se iba construyendo, no fueron motivo de enfrentamientos serios, y se limitaron a esporádicos artículos de prensa, habida cuenta de la necesidad de continuar las obras sin tropiezos, particularmente luego del golpe de estado de Gabriel Terra y los años que le sucedieron. Pero una vez recuperado el libre juego democrático y ya prácticamente terminada la construcción del edificio, las diferencias fueron adquiriendo mayor vigor. Había que equipar el Hospital. Era claro que los recursos para ello provendrían del Estado y deberían ser votados por el Parlamento. Pero ¿quién ordenaba el tipo de equipamiento necesario? Se sostuvo por un lado que ello correspondía al Ministerio y por otro a los futuros usuarios, o sea los profesores directores de las clínicas destinadas a ocupar el Hospital. Por otra parte, existía la posibilidad de que servicios ajenos a la Facultad ingresaran al Hospital. En ese caso, ¿cómo se distribuían los espacios?

En febrero de 1946 Eugenio Fulquet decía con claridad en el seno del Consejo de la Facultad de Medicina que integraba:

> *"El concepto que tenemos nosotros y el concepto que tiene Salud Pública sobre el Hospital de Clínicas son dos cosas que no coinciden y cada uno se apoya en una ley. Los dos puntos de vista se basan en leyes, uno (la Facultad), en la ley de creación del Hospital y el otro (Salud Pública) en el decreto ley que establece que al habilitarse el Hospital de Clínicas se cerrarían los hospitales Maciel y Pasteur, de tal modo que el Hospital de Clínicas tendría que absorber todos los servicios, sean o no dependientes de la Facultad de Medicina".*[72]

El Decano García Otero agregaba en la misma sesión:

> *"El otro punto a considerar se refiere a los conflictos que pueden haber en el futuro entre Salud Pública y la Facultad de Medicina. Hace mucho tiempo que se quiere llegar a un convenio con Salud Pública, pero es de señalar que siempre existe un sector vinculado a Salud Pública que se coloca en contra de la Facultad de Medicina."*

Se llegó a formar una Comisión con tres representantes de Salud Pública y tres de la Facultad de Medicina para repartir los locales del Hospital de Clínicas. Pero el nuevo ministro de Salud Pública, Dr. Enrique Claveaux, que en declaraciones posteriores a la Comisión de la Cámara de Representantes manifestara su opinión de que el Hospital fuera administrado por su ministerio, solicitó que esa Comisión detuviera sus actividades por un tiempo prudencial.

El asunto motivó que el 25 de setiembre de 1947, invitado por el Decano, concurriera al Consejo de la Facultad de Medicina el Rector de la Universidad

Dr. José Pedro Varela para expresar su opinión y la del Consejo Central Universitario. Dijo el Rector:

> *"Llegamos a la conclusión de que se impone una combinación, un arreglo, que debe ser por ley y no por convenio, para determinar con exactitud la legítima esfera de cada uno de los institutos que tienen que intervenir en un hospital de la magnitud del Hospital de Clínicas. Creo que la Facultad de Medicina debe defender su intervención preponderante en el Hospital y en ese aspecto contará con el apoyo del Rector y de todo el Consejo Central Universitario. Las fórmulas concretas tendrán que estudiarlas ustedes".*[73]

Luego de intervenciones de varios consejeros, el Decano Abel Chifflet resumió de esta manera la posición de la Facultad:

> *"Esta posición de los Sres. Consejeros que han hablado no es una posición improvisada sino que es el fruto de numerosas reuniones, que ha habido dentro del concepto sostenido por los Sres. Consejeros alguna evolución que poco a poco fue llevando a quienes dudaban a la situación definitiva de cuál debe ser la posición de la Facultad de Medicina. La Facultad de hecho dice lo siguiente, como principio general, dejando a un lado la forma en que se pueda llegar a la realización de sus aspiraciones: El Hospital de Clínicas debe ser dirigido por la Universidad".*[74]

Esta posición decididamente mayoritaria de las autoridades de la Facultad y de la Universidad era compartida por egresados y estudiantes. Una fuerte campaña movilizadora se fue desarrollando a todo nivel, en la prensa de la Asociación de los Estudiantes de Medicina (Fig. 95), la del Sindicato Médico (Fig. 96), en la prensa diaria y semanal a través de entrevistas a distintos profesores de Medicina y en la calle con actos y manifestaciones estudiantiles (Figs. 97, 98 y 99).



BOLETIN

El Estudiante Libre

Debe ser gobernado por la Facultad el Hospital de Clínicas

ASÍ LO EXIGEN LA ASISTENCIA, LA DOCENCIA Y LA INVESTIGACIÓN

Figura 95.- Titular de *El Estudiante Libre* de junio de 1948. (FDAN)



AÑO XXVIII FEBRERO 1948 Nº 57

Acción Sindical

Segunda época

ORGANO OFICIAL DEL SINDICATO MEDICO DEL URUGUAY

PERSONERIA JURIDICA

Director y Redactor responsable: Dr. OMAR TAPELLA

Yatay 1430

Administración: URUGUAY 1140

Editor: Imprenta "Goes". — General Flores 2230

EN DEFENSA DE LOS INTERESES Y DE LA ETICA PROFESIONAL MEDICA

El Hospital de Clínicas debe y tiene que ser Entregado a la Facultad de Medicina

Figura 96.- Titular de *Acción Sindical* de febrero de 1948. (FDAN)



Figura 97.- Manifestación de la Asociación de los Estudiantes de Medicina a favor de un Hospital universitario frente a la Universidad. (FDAN)



Figura 98.- Otra manifestación desplazándose por la Avenida 18 de Julio. (FDAN)


Figura 99.- Acto frente al Hospital de Clínicas. (FDAN)

Los argumentos del Decano Abel Chifflet

En 1948, el Decano Abel Chifflet abordó el estudio de la temática del Hospital en un folleto de diez capítulos (Fig. 100):

I. Introducción.
II. El Gobierno del Hospital de Clínicas.
III. Conceptos que rigen el funcionamiento de un hospital.
IV. La medicina actual: el concepto de equipo.
V. Factores adyuvantes del éxito en la curación.
VI. La docencia y la investigación en los hospitales.
VII. La farmacia.
VIII La odontología.
IX. El presupuesto del hospital.
X. Unidad de comando y de funcionamiento. Palabras finales.

Este folleto[75] resulta ilustrativo de la filosofía que inspiraba a las autoridades de la Facultad en el horizonte de lograr éxito en la lucha por la administración del Hospital, que por aquellos años se estaba librando. Traza una sólida línea argumental que permitía reforzar la posición sustentada por la Facultad, en cuanto a ser la más apta para ejercer su conducción. En el mismo se deslizaban claros conceptos de administración, se brindaba un detalle de la organización de los recursos humanos y su formación, así como el estado que los mismos tenían en el país por esa época; las funciones de las diversas profesiones que hacían al equipo de salud, y otros detalles que no apuntaban a lo constructivo, ya que el edificio estaba en lo sustancial erigido y concluido, sino a la funcionalidad, dirección y administración, que estaban en plena discusión con intereses políticos que atravesaban la opinión dentro y fuera de la Universidad. Permite calibrar la personalidad de su autor como dirigente universitario de alto nivel.

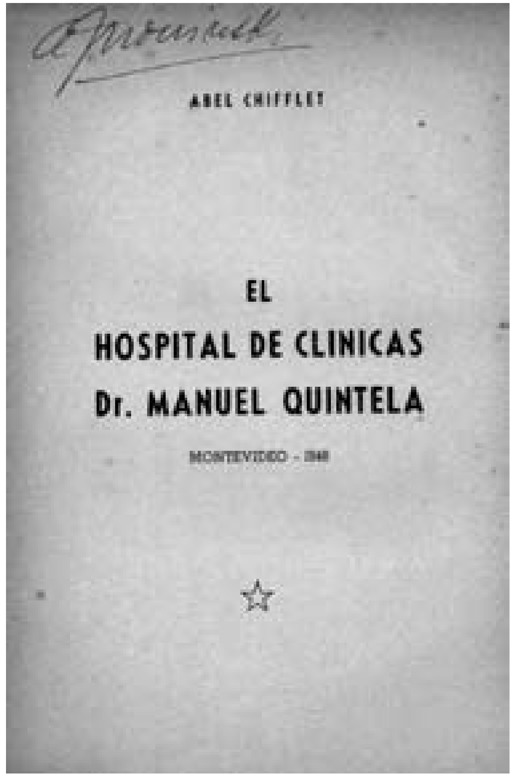


Figura 100.- Folleto cuya autoría es de Abel Chifflet en el cual se señalan las razones por las cuales el Hospital debe pertenecer a la Facultad de Medicina. (FDAN).

En el capítulo sobre el gobierno del Hospital de Clínicas, expone y desarrolla 14 razones sólidas y convincentes por las que el hospital debía ser administrado por la Facultad de Medicina. Entre ellas están el papel del entonces Decano Manuel Quintela, los procedimientos administrativos realizados durante la construcción a través de la Universidad, la denominación de "Clínicas" que supone enseñanza en oposición a los "Servicios" de Salud Pública, la inclusión de otras dependencias universitarias en el artículo 1º de la ley de creación, la responsabilidad de la construcción otorgada a la Universidad por el artículo 3º de la misma ley, la emisión de títulos de una deuda a llamarse de "Edificios Universitarios y Escolares de 1927" por el artículo 8º de la ley, los antecedentes regionales de los grandes hospitales universitarios, que la estructura hospitalaria correspondía a un hospital docente y que las Clínicas de la Facultad son responsables de la asistencia de un gran número de enfermos en los hospitales de Salud Pública sin que esta asistencia universitaria sea catalogada de inconstitucional. En relación al artículo 6º de la ley, que adjudica la administración del Hospital a la Asistencia Pública, aclara:

"Debemos recordar en primer término el cambio de ideas impuesto por la evolución del concepto de Hospital que no llevaría hoy al legislador a la misma solución. Pero recordemos además que se adjudicaba la administración a la Asistencia Pública, que estaba dirigida por una Comisión integrada con delegados de los técnicos y delegados de la Facultad, y no al organismo que actualmente representa aquella institución que es el Ministerio de Salud Pública, organismo dirigido por un integrante natural del Poder Ejecutivo, en cuyo seno representa una fracción política."

Estas razones serán las utilizadas por los parlamentarios que defendieron la posición universitaria en las etapas que a continuación se relatan.

Proyectos de ley y discusión parlamentaria

En consonancia con el sentimiento universitario, el 15 de abril de 1948 los diputados José P. Cardoso, Elio García Austt y Salvador García Pintos presentaron un proyecto de ley que otorgaba la dirección y la administración del Hospital de Clínicas a la Facultad de Medicina a través de una Comisión Administradora regida por la Ley Orgánica de la Universidad. Este proyecto, que se dirigía a cortar el nudo gordiano de la polémica, pasó a la Comisión de Higiene y Asistencia. Esta Comisión solicitó la concurrencia del Rector de la Universidad, del Decano de la Facultad de Medicina, del presidente de la Comisión Honoraria y del Ministro interino de Salud Pública, y según el Dr. Pantaleón Astiazarán, médico que la integraba:

"La Comisión (…) encontró en este Ministro, el Dr. López Estévez, manifestaciones categóricas contrarias a la entrega a la Universidad del gobierno y la administración del Hospital de Clínicas (…) Es lamentable que tenga que ser un modesto médico de campaña quien levante la voz en el Parlamento para decirle a un colega distinguido, para pedirle a un colega distinguido, que piense en nuestra Universidad, que piense en nuestra Facultad de Medicina, que piense en quién fundó esa obra, el doctor Manuel Quintela, que tenga en cuenta cuál es la aspiración de los universitarios del país, que quieren para el Hospital de Clínicas la más amplia independencia; que no pueden, de ninguna manera; que no podrán, de ninguna manera, la Universidad de la República, los médicos y estudiantes de Medicina de este país tolerar que el Hospital de Clínicas doctor Manuel Quintela pueda ser manchado mañana en su Administración, por la intromisión de la politiquería barata de nuestro país".[76]

El proyecto quedó estancado en la Comisión y no entró a discusión de la Cámara. Ciertamente, eso era un triunfo para quienes se le oponían. Pero fuera de la Cámara la presión aumentaba y en los meses siguientes se acentuaron las gestiones a favor del hospital para la Universidad. En marzo de 1949 el Consejo Central Universitario resolvió que la administración del Hospital de Clínicas correspondía a la Universidad. En intento conciliador el Presidente de la República, Luis Batlle Berres, a través de un decreto en el mes de abril procuró crear una Comisión Administradora del Hospital de Clínicas mixta, presidida por Abel Chifflet, decano hasta poco antes. Este intento creó mayores resistencias y terminó fracasando, en especial luego que Chifflet anunciara su no aceptación del cargo.

El Poder Ejecutivo toma posición

Finalmente, con el argumento de que era necesario concluir con las discusiones y permitir una pronta habilitación del Hospital, el Presidente cedió ante las exigencias universitarias. Durante el acto inaugural de la III Convención Médica Nacional celebrada el 27 de julio de 1949, el Ministro de Salud Pública declaró, ante la sorpresa y alegría del auditorio médico, que el Poder Ejecutivo había decidido elevar un proyecto de ley por el cual se entregaba la administración del Hospital de Clínicas a la Universidad.

El proyecto prometido fue enviado a la Cámara de Representantes el 15 de agosto, con las firmas del Presidente Luis Batlle y los ministros Fernando Fariña (Salud Pública) y Nilo Berchesi (Hacienda). Fue estudiado por la Comisión de Higiene y Asistencia, donde fue modificado parcialmente y elevado a la Cámara el 7 de noviembre. Luego de una prolongadísima y por momentos acalorada discusión que llevó varias sesiones, durante las cuales algunos legisladores insistieron que era inconstitucional que la Facultad de Medicina prestara

asistencia, se aprobó el 18 de noviembre por mayoría de 34 en 38 presentes, produciendo algarabía y festejo en los asistentes a las barras.

Ingresado al Senado, el pasaje por la Comisión de Constitución y Legislación también fue lento. La discusión posterior en sala estuvo dominada por una extensa y brillante exposición del Senador Blanco Acevedo, defendiendo el proyecto. Quienes hicieron uso de la palabra se manifestaron decididos a votarlo, aunque algunos siguieron opinando que era inconstitucional. Fue votado afirmativamente el 27 de junio de 1950 por unanimidad de presentes.

Texto de la ley que entrega el Hospital a la Universidad

Ley Nº 11.454. Hospital de Clínicas doctor Manuel Quintela. Se establece la dependencia de la Universidad de la República, y se dan varias normas atinentes a su administración y desempeño.

El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General decretan:

Artículo 1º.- El Hospital de Clínicas "Doctor Manuel Quintela" con sus servicios anexos, pasará a depender de la Universidad de la República, bajo la dirección técnica y administrativa de la Facultad de Medicina.

Artículo 2º.- Dentro del primer año de la vigencia de la presente ley, el Consejo Central Universitario aprobará la reglamentación administrativa del Hospital de Clínicas y elevará las planillas presupuestales correspondientes a los servicios que se habiliten.

Artículo 3º.- El Poder Ejecutivo pondrá a disposición de la Universidad de la República la cantidad de hasta pesos 2.000.000.00 (dos millones de pesos) que se tomarán de Rentas Generales y que será destinada a los gastos que demande el funcionamiento del Hospital de Clínicas "Doctor Manuel Quintela" mientras no se apruebe su presupuesto. Dicha cantidad se destina con obligación de rendir cuenta con arreglo a las disposiciones vigentes.

Artículo 4º.- Los funcionarios que actualmente desempeñan tareas en dicho Hospital, serán confirmados en sus cargos con las asignaciones vigentes a la fecha de la promulgación de la presente ley, percibiendo sus sueldos, mientras no se apruebe su presupuesto. Con cargo a la partida que se hace referencia en el artículo 3º dichos funcionarios pasarán a formar parte de las planillas presupuestales del Hospital de Clínicas "Doctor Manuel Quintela" previa prueba de idoneidad.

Artículo 5º.- Comuníquese, etc.

Sala de Sesiones de la Cámara de Senadores, en Montevideo, a 27 de junio de 1950. Eduardo Blanco Acevedo, Presidente. José Pastor Salvañach, Secretario.

Ministerio de Instrucción Pública y Previsión Social. Ministerio de Hacienda.

Montevideo, 5 de julio de 1950.

Cúmplase, acúsese recibo, comuníquese, publíquese e insértese en el Registro Nacional de Leyes y Decretos. Batlle Berres. Oscar Secco Ellauri. Nilo R. Berchesi. (Fig. 101)

Poder Legislativo

El Senado y Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General,

Decretan

ARTICULO 1º.- El Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" con sus servicios anexos, pasará a depender de la Universidad de la República, bajo la dirección técnica y administrativa de la Facultad de Medicina.

ARTICULO 2º.- Dentro del primer año de la vigencia de la presente ley, el Consejo Central Universitario aprobará la reglamentación Administrativa del Hospital de Clínicas y elevará las planillas presupuestales correspondientes a los servicios que se habiliten.

ARTICULO 3º.- Al Poder Ejecutivo pondrá a disposición de la Universidad de la República la cantidad de hasta $ 2.000.000.oo (dos millones de pesos) que se tomarán de Rentas Generales y que será destinada a los gastos que demande el funcionamiento del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" mientras no se apruebe su presupuesto.- Dicha cantidad se destina con obligación de rendir cuenta con arreglo a las disposiciones vigentes.

ARTICULO 4º.- Los funcionarios que actualmente desempeñan tareas en dicho Hospital, serán confirmados en sus cargos con las asignaciones vigentes a la fecha de promulgación de la presente Ley, percibiendo sus sueldos, mientras no se apruebe su presupuesto, con cargo a la partida a que se hace referencia en el artículo 3º.- Dichos funcionarios pasarán a formar parte de las planillas presupuestales del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", previa prueba de idoneidad.

ARTICULO 5º.- Comuníquese, etc.

Sala de Sesiones de la Cámara de Senadores, en Montevideo, a 27 de junio de 1950.

EDUARDO BLANCO ACEVEDO
Presidente

JOSE PASTOR SALVAÑACH
Secretario

Figura 101.- Texto de la Ley 11.454 del 27 de junio de 1950, por la cual se entrega el Hospital de Clínicas a la Universidad. (FDAN)

La lucha de la Asociación de los Estudiantes de Medicina

Un papel fundamental en la definición de la pertenencia del Hospital correspondió a la acción de los estudiantes de Medicina y particularmente a su gremial, la Asociación de los Estudiantes de Medicina, en una prolongada lucha que permitió instalar en la opinión pública los elementos esenciales del debate. Fue una larga batalla librada en la última mitad de la década de 1940, durante la cual se sucedieron marchas, manifestaciones callejeras y actos públicos dirigidos a informar a la población sobre las aspiraciones estudiantiles. Finalmente las movilizaciones fueron coronadas por el éxito, con la ley aprobada el 27 de junio de 1950. La prensa estudiantil celebró el hecho con entusiasmo y fe en el futuro (Figs. 102 y 103). Los estudiantes habrían de ganar de una vez y para siempre, con su hidalguía, el reconocimiento de las autoridades universitarias por haber logrado este propósito, que se proyectaría como un beneficio de largo alcance para las generaciones futuras.



Figura 102.- *El Estudiante Libre* de setiembre de 1950 celebra la conquista del Hospital para la Universidad. (FDAN)

Representativas del pensamiento que guió a los estudiantes de Medicina en sus exigencias y de la responsabilidad con que encaraban el futuro son las siguientes palabras entresacadas del discurso del bachiller Pablo V. Carlevaro, entonces secretario general de la Asociación de los Estudiantes de Medicina, pronunciado en el acto de entrega del Hospital a la Facultad de Medicina:

> *"El estudiantado de Medicina, junto a todas las fuerzas universitarias, celebra alborozado la definitiva conquista de una de sus más ardientes aspiraciones: ¡tendremos un Hospital de Clínicas Universitario!*
>
> *...Y fue así que los argumentos mal intencionadamente constitucionalistas y legalistas empalidecieron hasta perder valor, porque nada hay que pueda oponerse a lo que fue unánime aspiración popular.*



EL HOSPITAL DE CLINICAS ES DE LA UNIVERSIDAD Y DEL PUEBLO

COMITE DE REDACCION

JORNADA

Organo de la Federación de Estudiantes Universitarios del Uruguay

Figura 103.- *Jornada*, órgano de la Federación de Estudiantes Universitarios del Uruguay también celebra el triunfo. (FDAN)

…Y lo que fue maniobra sucia y subrepticia de politiqueros, no pudo seguir siéndolo por falta de valentía, cuando hubo que definirse públicamente, en pleno período pre-electoral.

…Y muchos de los que ayer nos cerraron sus tribunas, pretendiendo en vano ahogar nuestra voz enérgica, hoy nos las abren como festejantes decididos de lo que ahora también es su "cara aspiración"…

…Y todo fue así y no lo olvidaremos, porque olvidar significa desaprovechar una experiencia que es de todos y que deberán conocer bien y tener muy presente las generaciones del futuro, que no podrían perdonar, con sobrada razón, nuestra omisión.

Sin embargo, no es esta una victoria exclusivamente universitaria; es, además, y muy especialmente, una gran conquista popular.

Y lo es, porque junto a la Universidad la opinión popular reclamó y exigió justicia; y lo es, también por sus seguras consecuencias: La reforma sanitaria del país, cuyo paso abre hoy, triunfalmente, la conquista del Hospital de Clínicas Universitario".

Compañeros: Es esta una gran victoria de la Asociación de los Estudiantes de Medicina. Me cuesta enormemente el proclamarlo así, pues es la Asociación de los Estudiantes de Medicina una institución esencialmente modesta que no sabe de autoponderaciones.

En tal sentido, expreso mis excusas a los compañeros de la lucha por la irreverencia y descortesía de nuestra afirmación. Nuestra proclamación no es para ellos, sino que es el desahogo con que evidenciamos a los escépticos de nuestra lucha, la importancia que ella tiene y las conquistas insospechadas que mediante ella pueden alcanzarse.

Generalizando, diría que es el **"no"** *más rotundo que puede darse a los incrédulos de las luchas idealistas que emprenden los estudiantes.*

Pero, nuestra proclamación, va muy especialmente dirigida a aquellos que calificaría como "activos indiferentes", es decir: a aquellos que no solo pecan por su indiferencia, sino que hacen de ella activa y ferviente difusión, contagiándola y propagándola y persiguiendo en su práctica el desprestigio de las instituciones gremiales, tan por encima de su baja actividad".

"…La Asociación de los Estudiantes de Medicina reconoce cabalmente que la responsabilidad que afronta y afrontará es proporcional a la actividad principalísima que desarrolló en esta primera etapa de la lucha. Y porque así lo reconoce, es que exige, como imprescindible garantía de una administración limpia y de un procedimiento seguramente justo y correcto, la representación estudiantil directa en el gobierno del Hospital "Manuel Quintela".

…Es un hecho que sale de lo común el que un gremio entero solicite para sí una tan grande responsabilidad. Menos común es, todavía, que se mantenga firmemente en sus aspiraciones sin retroceder un solo paso en lo andado. Aun menos común, que en ello no persiga otro interés que no sea el beneficio colectivo.

Es por eso que en este momento no debemos dejar de decir claramente que, del resultado triunfal de esta batalla, recogemos mucha más responsabilidad que beneficio, lo cual hace que nuestra alegría de hoy tenga el sello clásico del desinterés, carácter común a todas las grandes jornadas estudiantiles. Dejamos establecido hoy, en compromiso o juramento libre y laico que nuestra lucha del mañana seguirá rigurosamente la recta franca definida por nuestros principios de ayer y de siempre".[77]

La generación estudiantil médica de los años cincuenta

El 14 de junio de ese año 1950, en la Asociación de los Estudiantes de Medicina tomaba posesión la nueva Directiva electa poco antes. Quedó integrada por Carlos Gómez Haedo, Federico Acosta y Lara, Orlando Canzani, Daniel Canetti, Clemente Estable (h), Enrique Griñó, Oscar Riera, Luis Branda, José Guiter, Juan C. Ranguís, Pablo V. Carlevaro, David Pardo, Ángel García Medeiros. La semana siguiente se designaba Secretario General a Pablo Carlevaro. El cuerpo de redacción de *El Estudiante Libre* quedó integrado por Carlos Gómez Haedo (director), Victoriano Rodríguez de Vecchi, Ruben Gary, Enrique Griñó, Walter Acosta Ferreira, Juan Folle, Daniel Canetti, Clemente Estable,

Oscar Riera, Juan C. Pla y Roberto Avellanal. Aparte de los mencionados, completaron la integración de las distintas subcomisiones los estudiantes Wolf Gutfraind, Efraín Margolis, David Israel Crespo, Juan J. Ormaechea, Omar Ruiz Liard, Héctor de Leone, Dante D'Ottone, José Fabregat, Felipe Cantera, Aron Nowinski, Escipión Oliveira, Carlos Oliver, Andrés Accinelli, Ademar Morales, Hugo García, Jaime Barg, Vladimir Rivero, y Cánovas.

Esta pléyade de jóvenes gremialistas estudiantiles, que vibraban en la lucha por los temas universitarios, así como por los político-sociales, por los de la extensión universitaria con las misiones socio-pedagógicas, o por la reforma del Plan de Estudios, que soñaban con la reforma de la Ley Orgánica de la Universidad, que vendría a ser realidad ocho años más tarde, pasarían a ocupar, con el correr del tiempo, importantes posiciones en la dirigencia gremial, tanto de Montevideo como del interior, en las cátedras, en la investigación científica, o en la conducción de la Facultad de Medicina. Marcaría su vida el haber formado parte de este núcleo con tan peculiares aptitudes, y pautaría la actividad profesional, gremial y universitaria durante las cinco décadas siguientes. Eran y son testimonio de esa gran cadena de unión que atraviesa generaciones y que forma parte del "Movimiento Gremial Médico-Estudiantil Universitario Uruguayo" que mencionaba Gómez Haedo en la 7ª Convención Médica Nacional de 1984, [78] y del que tantas veces se ha señalado, con justicia, que a través de más de seis generaciones médicas bregó por la transformación de la salud del país.

Papel de los egresados

La misma lucha estudiantil por un hospital universitario, también recibiría el apoyo del conjunto de los egresados, dando su permanente respaldo a la concreción del proyecto. En el número correspondiente a setiembre de 1947 de *Acción Sindical,* periódico del Sindicato Médico del Uruguay, el editorial sin firma que suponemos es autoría del redactor responsable José B. Gomensoro se refiere a la *"desgraciada posibilidad que el Hospital de Clínicas no sea un hospital universitario"* [79] y pase a depender del organismo político que:

> *"…ha perturbado la tranquilidad y la docencia de la Facultad de Medicina, ha quitado y obsequiado salas de hospital según afinidades políticas, ha denunciado convenios por antojos, ha acumulado medios para hacer actuar con preferencia a ciertos profesores mientras ha mantenido en la orfandad a otros…Y cuando todo esto le pareció poco, violó la Constitución, invadió los fueros de la Facultad para hacer docencia médica superior y creó los famosos institutos docentes en Salud Pública. Los elegidos no eran más profesores que los demás y en general eran mucho menos. Pero pudieron, gracias a ello, cuadruplicar sus sueldos, agregar salas, ampliar su material técnico y docente,*

disponer de personal abundante y acumular sueldos a cualquier otro obtenido por actividades en el poder administrativo o político". *

En el mismo número aparece una declaración de apoyo al gobierno del Hospital por la Facultad de Medicina firmada por los docentes Ricardo Yannicelli, Federico Salveraglio, José Lorenzo, Enrique Castro Casal y Roberto Caldeyro Barcia.[80]

Fue precisamente ante los médicos egresados, en el acto inaugural de la Tercera Convención Médica Nacional, celebrada en Montevideo, en 1949, que el Poder Ejecutivo reveló, para sorpresa de los asistentes, su decisión de enviar al Parlamento un Proyecto de Ley que confiriera a la Universidad de la República y su Facultad de Medicina, la administración y dirección del establecimiento, como lo dejará claramente establecido Cassinoni en una de sus Memorias como Decano.

Se cerraba así el tríptico que sustenta a la Universidad, en la expresión auténtica de sus tres órdenes: docentes, egresados y estudiantes, firmemente comprometidos en la obtención de tan ansiado objetivo. Desde los primeros planteos de Pedro Visca en el siglo XIX, por 1887-88, hasta este momento de tener el Hospital en manos de la Facultad, habían pasado más de 60 años.

Entrega del Hospital a la Universidad y a la Facultad de Medicina

Una vez brindado el respaldo legal que zanjó la disputa de la administración, fue claro para toda la ciudadanía que era una determinación firme de la Nación confiar el nuevo Hospital a la Universidad de la República y su Facultad de Medicina. El 5 de agosto de 1950, en una ceremonia formal con escasa concurrencia, la Comisión Honoraria entregó el Hospital de Clínicas a la Universidad. Hicieron uso de la palabra Eduardo Blanco Acevedo por la Comisión y el Rector Leopoldo Agorio por la Universidad. Una semana después, el 12 de agosto, el Rector hizo entrega del Hospital a la Facultad de Medicina para su dirección y administración. En estos actos (Figs. 104 y 105), rebosantes de entusiasmo y juventud, hablaron el Rector de la Universidad, el Decano de la Facultad de Medicina Dr. Cassinoni,** el Dr. Domingo Prat,[81] como consejero

* "El Hospital de Clínicas debe y tiene que ser entregado a la Facultad de Medicina. Editorial. *Acción Sindical*, año XXVII (setiembre 1947), pp:3-4. El editorialista alude a la cuestionada creación del Instituto de Cirugía para Graduados, dirigido por Eduardo Blanco Acevedo, en el Hospital Pasteur, durante su gestión como Ministro de Salud Pública y del Instituto de Endocrinología, dirigido por Juan César Mussio Fournier, su sucesor como Ministro de Salud Pública.

** Ver páginas 220 - 221.


104.- Acto de entrega del Hospital a la Universidad de la República. Hace uso de la palabra el Decano Mario Cassinoni.

de más edad, y el Br. Pablo V. Carlevaro en nombre de la Asociación de los Estudiantes de Medicina.*


Figura 105.- Acto de entrega del Hospital a la Facultad de Medicina.

* Ver páginas 187 - 188.

Síntesis cronológica de la construcción

1875	Fundación de la Facultad de Medicina.
1887	Pedro Visca y las primeras demandas docentes por un hospital universitario.
1889	Carta enviada por el Decano Elías Regules al Rector Alfredo Vásquez Acevedo planteando la necesidad de un hospital universitario.
1901	Junio: Aprobación de la ley por la que se autoriza la construcción del edificio de la Facultad de Medicina.
1906	El diputado Víctor Sudriers presenta un proyecto para la construcción de un gran hospital.
1910	Informe del Decano Manuel Quintela y el ex-Decano Augusto Turenne solicitando la creación de un Hospital Universitario de 500 camas.
1910	Creación del Comité de Estudiantes pro Nuevo Hospital.
1911	Comienzo de cursos en el nuevo edificio de la Facultad de Medicina.
1911	Nota enviada por el Director de la Asistencia Pública Nacional José Scoseria al Parlamento solicitando la creación de un Hospital Universitario.
1921	Comienzo del tercer decanato de Quintela. Insistencia en la necesidad de un Hospital Clínico.
1924	Noviembre 26: Proyecto de creación de un Hospital de Clínicas por los diputados Colistro, Albo, Puyol, Rossi y Halty.
1926	Julio 15: Aprobación del proyecto en Cámara de Representantes.
1926	Setiembre 18: Acuerdo de Quintela con la Asistencia Pública Nacional.
1926	Octubre 14: Aprobación de la ley que autoriza la construcción de los edificios necesarios para un Hospital de Clínicas, el Instituto Experimental de Higiene y la Facultad de Odontología.
1926	Octubre 29: Conformación de la Comisión Honoraria bajo la presidencia de Manuel Quintela.
1927	Agosto 2: Aprobación por la Comisión Honoraria del Programa y Bases del llamado a Concurso de Anteproyectos, primer grado.
1928	Abril 1: Informe Quintela-Moreau sobre la situación de la arquitectura hospitalaria y la disyuntiva entre el modelo pabellonario y el hospital en altura.
1928	Abril: Fallo del primer grado del concurso, con cuatro proyectos calificados.

1928 Octubre 10: Aprobación por la Comisión Honoraria de las bases del llamado a concurso, segundo grado.
1928 Diciembre 17: Fallecimiento de Manuel Quintela.
1929 Enero: Eduardo Blanco Acevedo nuevo presidente de la Comisión Honoraria.
1929 Diciembre: Surraco ganador del segundo grado del concurso.
1930 Diciembre 24: Colocación de la piedra fundamental del Hospital de Clínicas.
1932 Finalización de los cimientos del Hospital de Clínicas.
1932 Agosto: Comienza la construcción de la estructura del Hospital.
1933 Marzo: Finalización de la estructura de los dos primeros pisos.
1934 Marzo: Finalización de la estructura de los diez primeros pisos.
1935 Noviembre 8: Promulgación de la Ley Nº 9.517: "Salud Pública. Se autoriza una emisión de "Títulos Especiales" con destino a obras".
1936 Marzo: Finalización del bloque central.
1940 Finalización de la estructura de las obras complementarias: laboratorios, sala de calderas, servicio de Radiología.
1940 Julio 3: Blanco Acevedo se presenta ante la Comisión de Obras Públicas de la Cámara de Diputados para exponer las características del nuevo hospital, que lo hacen diferente de los demás hospitales estrictamente asistenciales existentes.
1944 Mayo 20: Promulgación de la Ley Nº10.487: "Deuda Obras Públicas 1942. Se amplía una deuda de Obras Públicas para terminar el Hospital de Clínicas, servir otras construcciones hospitalarias y concluir la Facultad de Ingeniería", destinando $3.000.000.00 para finalización de obras y habilitación.
1946 1947: Trabajos de albañilería.
1947 Mayo 12: Solicitud de la Comisión Honoraria de nuevos fondos para la finalización de las obras por $2.897.518.10 al Ministro de Salud Pública Enrique Claveaux.
1947 Junio 5: Informe del Director General de Arquitectura del Ministerio de Obras Públicas Arq. Raúl Lerena Acevedo, respaldando la solicitud de la Comisión Honoraria de nuevos fondos.
1948 Enero 3: Promulgación de la Ley Nº11.017: "Hospital de Clínicas. Se autoriza la ampliación de una deuda para su terminación y habilitación".
1949 Julio 27: En el acto inaugural de la III Convención Médica Nacional, el Ministro de Salud Pública Fernando Fariña anuncia que el Poder Ejecutivo ha resuelto elevar un proyecto de ley otorgando el Hospital a la Universidad.

1949 Agosto 15: El Poder Ejecutivo envía al Parlamento el Proyecto de Ley autorizando la entrega del Hospital de Clínicas a la Universidad de la República, quedando las actividades docentes a cargo de la Facultad de Medicina y las administrativas del Consejo Central Universitario.

1949 Noviembre 18: Cámara de Representantes aprueba proyecto de ley de entrega del Hospital de Clínicas a la Universidad.

1949 Diciembre 27 a 29: El diario *"Acción"* publica tres artículos sobre el Hospital de Clínicas. Sobresalen las entrevistas realizadas al Arq. Surraco y al capataz de obra Juan Fantín.

1950 Mayo 19: Promulgación de la Ley Nº 11.423: "Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. Se concede una partida para el pago de haberes, jornales y gastos".

1950 Junio 27: Cámara de Senadores aprueba proyecto de ley de dependencia del Hospital de Clínicas de la Universidad de la República.

1950 Julio 5: Promulgación de la Ley Nº 11.454: "Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. Se establece la dependencia de la Universidad de la República y se dan varias normas atinentes a su administración y desempeño".

1950 Agosto 5: La Comisión Honoraria entrega el Hospital a la Universidad.

1950 Agosto 12: La Universidad entrega el Hospital a la Facultad de Medicina.

Datos biográficos de Eduardo Blanco Acevedo

Estos datos se han obtenido en gran parte de las reseñas biográficas elaboradas por F. García Capurro,[82] A. Scarone[83] y J. M. Peña[84].

Eduardo Blanco Acevedo (Fig. 106) nació el 14 de marzo de 1884 en Montevideo, donde murió el 7 de julio de 1971.

Su padre Juan Carlos Blanco (1847-1910) tuvo una destacada e intensa actuación política como ministro y legislador, y social como fundador del Ateneo de Montevideo, del que fue presidente, y del Club Universitario. En todos estos ámbitos sobresalió por su elocuencia oratoria. Su madre, Luisa Acevedo, pertenecía a una



Figura 106.- Eduardo Blanco Acevedo (1884-1971).

familia de larga tradición patricia. Los hermanos Blanco Acevedo fueron cuatro: Juan Carlos, Pablo, Luisa y Eduardo. Luisa casó con Francisco Soca, mucho mayor que ella, por lo que Eduardo desde joven recibió la influencia médica de su ya famoso cuñado, de quien heredó la Biblioteca.

Realizó sus primeros estudios en el Colegio Elbio Fernández, en forma brillante. Cursó luego los estudios de Medicina, egresando el 12 de diciembre de 1908. Al mismo tiempo, se desempeñó como Disector de Anatomía en 1905 y 1906, como Profesor de Zoología General en Enseñanza Secundaria y Preparatoria en 1907, como ayudante del curso de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria de 1907 a 1909 y como Practicante externo e interno en el Hospital de Caridad. Estudiante aplicado e interesado en todos los aspectos de la Medicina, vio en esos años aparecer su primera publicación, que fueron apuntes tomados de una clase sobre enfermedad de Parkinson de Américo Ricaldoni, publicada en el primer número de la *Revista de los Hospitales*.[85] Por sus altas calificaciones le fue acordada la exoneración de los derechos de título y se hizo acreedor a una beca a Europa.

En usufructo de la beca otorgada, tuvo una larga estadía en París, junto al Profesor Lucien Picqué en el Hospital Lariboisière y en el Asilo Sainte Anne, luego de lo cual volvió a Montevideo en 1910, ya orientado decididamente a la cirugía. Comenzó a trabajar en la Clínica del Prof. Alfredo Navarro, quien lo nombró asistente honorario de la clínica en febrero de 1910. En octubre de ese año fue designado Jefe de Clínica Quirúrgica, cargo que ejerció durante dos años hasta su renuncia con motivo de un nuevo viaje a Europa. En mayo de 1910, por licencia del titular Dr. José R. Vecino, pasó a desempeñarse en forma interina como Profesor Agregado, encargado de los cursos de Patología externa.

En el nuevo viaje a Europa, en 1913, asistió como delegado oficial al Congreso de Cirugía en Gante y al Congreso de Protección a la Infancia en Bruselas. Retornó luego a París y al Hospital Lariboisière, donde lo sorprendió el comienzo de la Guerra del 14. Sin titubear, procedió a enrolarse en el Servicio de Sanidad Militar en París. Como médico militar continuó inicialmente en el mismo hospital parisino, y posteriormente pasó a Biarritz, al hospital temporario del Hotel Regina y al Hospital Poliakoff, como cirujano. En 1915 fue designado cirujano jefe del Hospital Rothschild de París, y luego con igual cargo en el Hospital 52, conocido como Hospital Franco-Uruguayo, donde tuvo a su cargo 170 camas. En este hospital para grandes heridos, instalado en el Palacio Wagram, actuaban los profesores de cirugía Ferdinand Widal, Raoul Bensaude y J. Louis Faure, de quien Blanco Acevedo fue nombrado asistente por la Asistencia Pública de París hasta el año 1919. Como reconocimiento a su meritoria actuación fue nombrado miembro de las sociedades de Medicina y de Cirugía de París y condecorado reiteradas veces por las autoridades francesas, entre ellas

el propio presidente Raymond Poincaré, quien le otorgó al final de la guerra la Cruz de Oficial de la Legión de Honor.

Volvió a su país en 1919. El Decano Américo Ricaldoni le dirigió un saludo de bienvenida y le expresó sus felicitaciones por los honores de que había sido objeto. Ese año fue nombrado Cirujano Jefe de uno de los servicios de ginecología del Hospital Pereira Rossell y en octubre Jefe del Servicio de Cirugía del Hospital Militar. En los años siguientes se sucedieron los nombramientos: Director General del Hospital Militar en abril de 1921, Cirujano Director del Sanatorio de Obreras y Empleadas en 1922, Profesor de Medicina Operatoria en 1924. En 1921, durante el segundo decanato de Ricaldoni, el Consejo de la Facultad le autorizó la realización de un curso libre de Clínica Quirúrgica en el Hospital Militar, el primer "curso libre" autorizado fuera del Hospital Maciel. En octubre de 1925 es nombrado miembro del Consejo Directivo de la Asistencia Pública Nacional, por lo que días después renuncia a la dirección del Hospital Militar.

Durante su actuación al frente del Hospital Militar, donde hizo valer la experiencia adquirida en Francia, transformó y modernizó el funcionamiento del Hospital a través de racionalización administrativa, mejoría de los recursos humanos y su remuneración, controles de asiduidad de los médicos, reorganización técnico-asistencial, cambio del nomenclator de las salas y organización de cursos para médicos y enfermeros. Pudo llegar a estos logros por su avasallante personalidad, pero, como señala Augusto Soiza Larrosa: *"El carácter disciplinado, fuerte, firme y tal vez poco moldeable para el trato diario (era el primero en llegar al hospital, instauró cursos los días domingos) le granjeó asperezas y dificultades. Su gestión sentó precedentes de racional organización asistencial, la que había aprendido durante la guerra, pero que no fue mantenida por sus relevos".*[86] Blanco Acevedo integró el Consejo Directivo de la Asistencia Pública durante dos períodos, hasta su desaparición en 1931 al crearse el Consejo de Salud Pública. Como ya se ha señalado, aprobada la ley de creación del Hospital de Clínicas en 1926 y creada la Comisión Honoraria del Hospital de Clínicas, encargada de su construcción, Blanco Acevedo, junto con José Martirené, Director, y Mario Moreau, arquitecto, pasaron a integrarla en representación de la Asistencia Pública. Producido el fallecimiento de Quintela, en enero de 1929, Blanco Acevedo pasó a presidir la Comisión Honoraria. Continuó en esa función hasta la entrega del Hospital a la Universidad en 1950, momento en el que presentó renuncia. Fue un largo período de veinte años en que debió dirigir la construcción en medio de serias dificultades de todo tipo, incluyendo la crisis económica y la Segunda Guerra Mundial. Blanco Acevedo, con capacidad, energía y perseverancia pudo superar todos los obstáculos y poner de su parte no sólo las condiciones de carácter que poseía sino que supo utilizar todas las prerrogativas que sus cargos

ejecutivos en el gobierno le otorgaban y que el régimen autoritario de Terra le facilitaban.

En 1929 fue nombrado Profesor de Clínica Terapéutica Quirúrgica. En 1930, luego de la sorpresiva muerte del Prof. Gerardo Arrizabalaga, el Prof. Horacio García Lagos trasladó su clínica del Hospital Pasteur a las salas dejadas vacantes por Arrizabalaga en el Hospital Maciel. A su vez, las salas que ocupaba García Lagos en el Pasteur pasaron a ser ocupadas por Blanco Acevedo, y su Clínica Terapéutica se transformó en Clínica Quirúrgica. En consecuencia, desde 1931 la Facultad pasó a tener 6 profesores de Clínica Quirúrgica: Alfredo Navarro, Alfonso Lamas, Horacio García Lagos, Lorenzo Mérola, Domingo Prat y Eduardo Blanco Acevedo. Ese año, con el ascenso de Gabriel Terra a la presidencia, se suceden otros cambios. Se creó el Consejo de Salud Pública, sustituyendo a cuatro instituciones: Asistencia Pública Nacional, Consejo Nacional de Higiene, Consejo Médico Escolar e Instituto Profiláctico de la Sífilis. Para presidir el nuevo Consejo se designó a Blanco Acevedo. El 31 de marzo de 1933, junto con la disolución de las Cámaras y otras medidas,* Terra nombró a Blanco Acevedo interventor del Consejo de Salud Pública. Poco después, el 18 de setiembre, pasó a ser Ministro sin cartera y creado el Ministerio de Salud Pública, el 12 de enero de 1934, Blanco fue nombrado primer Ministro de Salud Pública. A las facilidades que le otorgaba el poder ministerial en un régimen autoritario, se sumó el apoyo del gobierno de Francia, que le permitió organizar con un generoso presupuesto el Instituto de Cirugía para Post-Graduados en el Hospital Pasteur, para formación de cirujanos del interior de la República, mediante cursos en Montevideo y viajes al interior. Creó, además, la "Acción Cultural en Hospitales y Asilos" en 1933, con la finalidad de agregar a la asistencia médica de los internados, la asistencia cultural a través de la creación de bibliotecas intrahospitalarias y la distribución de libros, revistas, aparatos de radio e instrumentos musicales.[87] Renunció al Ministerio a fines de 1936 para integrarse al Senado, cargo al que fue electo en 1934, y dedicarse a la campaña política que lo llevaría como candidato a la Presidencia de la República por el sector colorado terrista en las elecciones de 1938.

Su actuación en el Ministerio de Salud Pública, así como la elaboración de su Ley Orgánica,[88] que con escasas modificaciones se mantiene en la actualidad, tuvo muchos defensores por la racionalidad conceptual de su organización y la eficiencia de su férrea dirección. Pero también tuvo acérrimos detractores, siendo el más notorio el Sindicato Médico del Uruguay,[89] cuya Comisión Directiva

* Llama la atención la contradictoria actitud de Blanco Acevedo, leal colaborador de Terra, con respecto a Baltasar Brum, su amigo, a quien acompañará en el momento del suicidio, según surge de la biografía inédita de Baltasar Brum cuya autoría corresponde a Lily Delgado Brum, sobrina de Baltasar. En: Caetano G, Rilla J: Historia contemporánea del Uruguay. Montevideo, 2006, Editorial Fin de Siglo, pp:257-258.

había integrado Blanco Acevedo poco antes, en 1928. A lo largo de su gestión ministerial fueron múltiples los episodios de confrontación, que incluyeron el reto a duelo al Presidente del SMU; la calificación de Blanco Acevedo como "traidor a la acción gremial" en 1936, cuando hizo suspender un concurso para 18 médicos del Servicio de Urgencia de la Asistencia Externa y realizó nombramientos directos;[90] la solicitud de renuncia del ministro por: "…*la movilidad de los empleados del Ministerio, por ineptitud evidente, por rebajar la personalidad de cada uno de sus empleados, aplastando, avergonzando, denigrando, suspendiendo, apostrofando despectivamente al inferior; por su orgullo desenfrenado; por falta de deontología; porque violó la autonomía científica de los institutos subalternos; por el derecho a concurso…";* [91] culminando con el folleto *"El SMU frente al Dr. Blanco Acevedo"*, ácidamente crítico, publicado y distribuido al público poco antes de las elecciones de 1938 y al que se atribuyó incidencia en la derrota electoral de Blanco Acevedo ante Alfredo Baldomir.

Después de restablecido el orden institucional, Blanco Acevedo mantuvo una intensa actividad política como conductor de un sector minoritario del Partido Colorado, por el cual fue electo senador en 1942, 1946 y 1950. Participó como candidato presidencial en las elecciones de 1942 y 1950. En 1952, al aprobarse la nueva Constitución con la creación del Consejo Nacional de Gobierno, fue electo por la Asamblea General como Consejero Nacional. Su actividad médica pública, luego de renunciar a la Comisión Honoraria del Hospital de Clínicas en 1950, se limitó a su Servicio de Cirugía en el Hospital Pasteur, hasta su retiro definitivo.

Es Eduardo Blanco Acevedo una de las figuras más salientes de la Medicina uruguaya, no por su importancia científica, sino por su proyección política. Es uno de los pocos médicos que ha llegado a los más altos cargos del Poder Ejecutivo. Quizás por eso mismo es uno de los médicos más polémicos y más criticados. Su personalidad contundente, su forma de ser, arrogante y seguro de sí mismo, su adhesión al terrismo, despertaron antipatías y resentimientos, que aun persisten. Quizás por eso no ha sido justamente valorada su enorme importancia en la realización médica universitaria más importante del país: el Hospital de Clínicas. Es posible que íntimamente deseara que el Hospital pasara al Ministerio de Salud Pública, del cual era amo y señor en la década del treinta, en oposición a los deseos de la Facultad de Medicina. Pero también es posible que sin Blanco Acevedo el proyecto hubiera naufragado, como sucedió con el Hospital del Norte. De alguna manera cabe la comparación de: Terra – Blanco Acevedo – Hospital de Clínicas con: Latorre – José P. Varela – Reforma escolar.

Datos biográficos de Carlos Surraco


Figura 107.- Arquitecto Carlos Surraco (1894-1978). (FDAN).

Carlos Alfonso Surraco Cantera (Fig. 107) nació el 10 de agosto de 1894, siendo hijo de Luis Surraco Descalzi y Virginia Cantera Peyré.

La casa donde transcurrió su infancia se ubicaba en la antigua calle Daymán, actualmente Julio Herrera y Obes. Una anotación suya al dorso de fotografías familiares tomadas por el fotógrafo Fillat cerca de 1905, se refiere a "la lujosa residencia propiedad Surraco, calle Daymán 128".*

Fueron seis hermanos: Ofelia, Virginia, Luis Adolfo, Hugo Andrés, Julio R. y Carlos Alfonso, el menor. Su hermano Luis Adolfo fue médico cirujano especialista en Urología, especialidad de la que fue el primer Profesor de la Facultad de Medicina.

Realizó su primer viaje a Europa hacia el año 1908, contando con 14 años de edad. Allí tuvo su primer acercamiento a la fotografía, que lo acompañará durante toda su vida, llegando a triunfar en exposiciones y concursos.

El 15 de julio de 1920 contrajo matrimonio con Renée Lucy MacColl,** con quien tuvo dos hijos: Luis Carlos, que sería prestigioso médico, casado con Laura Lussich y Graciela, casada con Carlos Varela Collazo. Estos hijos le dieron once nietos.

Egresa de la Facultad en 1922,*** formando parte de una generación de jóvenes profesionales que marcaron las décadas del veinte y treinta con una Arquitectura en clave moderna. Se produce en el Uruguay de entonces, al igual que en Europa, un debate entre dos posturas de cómo debía ser la Arquitectura del momento, una de corte más académico y la otra de carácter renovador.

* Espacio actualmente ocupado por la Plaza Ing. Juan P. Fabini y el monumento de José Belloni "El Entrevero".

** Información aportada por Cecilia Surraco, sobrina de Carlos Surraco.

*** De acuerdo a la documentación existente en Bedelía de la Facultad de Arquitectura egresó en 1922 y se le expidió el título en 1928.

La coyuntura de un país que se dispone a cumplir su primer centenario de vida independiente, en el cual se vive un período de bonanza económica, permitió que el debate arquitectónico entre los modelos historicistas de la Escuela de Beaux Arts y las tendencias más renovadoras, trascienda a la discusión teórica en la Facultad y se materialice en la propia ciudad. Las obras realizadas no responden solamente a intereses de particulares, sino que gran cantidad de instituciones públicas convocan a Concursos de Anteproyectos, en los cuales se manifiesta la oposición de estas dos tendencias de la Arquitectura de principios del siglo XX.

Estos arquitectos que adscriben a las últimas tendencias internacionales están en permanente contacto con Europa, a través de las imágenes de las revistas que llegaban y de la información directamente trasmitida por quienes viajaban a desempeñarse temporalmente en estudios de arquitectos europeos. En estos primeros años de la década del veinte, las referencias principales provenían de Holanda y Alemania. Ya hacia fines de la década la visita al Uruguay del arquitecto suizo naturalizado francés Le Corbusier marca un punto de inflexión importante en la forma de ver y hacer arquitectura en nuestro país, fortaleciéndose aun más la posición defendida por los recientemente egresados, hacia una arquitectura moderna despojada de elementos accesorios.

Previo a su participación en el concurso del Hospital de Clínicas, Carlos Surraco realizó en sociedad con el ingeniero Luis Topolansky Müller (1892-1977) gran cantidad de proyectos desde principios de los años veinte. Entre ellos mencionaremos la vivienda de la familia Levrero, en Francisco A. Vidal 674, de 1920 al 21, proyectada y construida antes de recibirse y actualmente demolida; un edificio para renta en la calle Soriano 1201 esquina Cuareim (ahora Zelmar Michelini); un salón de exposición y garaje para la agencia Ford, proyectado en 1924, en la avenida 18 de Julio esquina Eduardo Acevedo.* De 1925 son dos viviendas: una de la calle Libertad 2983 esquina Guayaquí y otra en la calle Hnos. Ruiz. También de ese año son la barraca "Otegui Hnos." en la avenida Gral. Rondeau esquina Cnel. Tajes y la sede comercial "Eugenio Barth y Cia", en la calle 25 de Mayo 737.[92]

Sobre esta obra, cuenta Sara Barañano de Costa, que conoció a Surraco en su último otoño y lo acompañó durante las tardes que siguieron:

> *"El Arq. Surraco proyectó y realizó la obra. Sus líneas sobrias, valiéndose del mármol y de grandes planos de cristal, eran en su sobriedad, algo que imponían al espectador. Para la época, aquella arquitectura de avanzada, de líneas puras inspiradas en las teorías de post-guerra que encabezaban Gropius,*

* Este local fue luego ocupado por la empresa de pompas fúnebres "Jockey Club" y posteriormente por Monte Carlo TV Canal 4, por lo cual fue remodelado enteramente. Al irse el Canal a la calle Paraguay, se instalaron ahí distintos comercios y otra vez fue modificado su aspecto original.

Bauhaus, Frank Lloyd Wright, Le Corbusier, eran una verdadera revolución. Me contaba como anécdota al respecto, que una mañana, recién había terminado la obra, pasaba él por allí y en la misma vereda, frente por frente al nuevo edificio, Eugenio Barth y otros amigos comentaban. Se oyó que alguno dijo: "¿Dónde vamos a parar con esta arquitectura?"; a lo que Eugenio Barth respondió "¡Y quien le dice a usted que hay que parar!". Surraco, que a la sazón no había sido visto, pues había evitado el encuentro entrando en un comercio de la zona, escuchó el diálogo y la controversia. El usaba su propio lenguaje y su estilo en sus líneas arquitectónicas que hablaban por sí solas. Poco tiempo después, recibía una carta del Sr. Eugenio Barth en la que entre otras cosas le decía: "Arquitecto, usted tenía razón". Se había ganado otra batalla entre la tradición y el modernismo en las líneas de la arquitectura".[93]

Vemos en los proyectos llevados adelante una maduración de ese pensamiento moderno, atravesando una etapa inicial en la que encontramos trabajos nutridos de una ornamentación y plástica que aun aluden a la experiencia clásica de la Escuela de Bellas Artes, pero con una tendencia hacia el expresionismo que se hace cada vez más manifiesta en su obra. Rápidamente las superficies de las fachadas comienzan a integrar algunos trabajos casi escultóricos de carácter netamente expresionista, que se van a ir depurando poco a poco hasta alcanzar ya en la década del treinta superficies despojadas y juegos de planos y volúmenes, como son las características de los edificios que proyecta y construye para el Centro Médico.

La obra de Surraco previa al Hospital, no cuenta con la claridad alcanzada en el concurso. Incluso la propuesta ganadora que presenta, no expresa la limpieza de planos y líneas a que llega en las etapas posteriores de definición, al realizar los planos definitivos. La imagen de las láminas presentadas al concurso contenían rasgos que aun lo situaban muy próximo al *Art Decó*, del cual él siempre marcaría una distancia, pero del que resulta innegable su influencia en algunas de sus obras.

En esos años Surraco publica dos artículos en la revista *Arquitectura*, de la Sociedad de Arquitectos del Uruguay: "Los rieles de nuestra arquitectura" en 1923[94] y "La pseudo arquitectura moderna" en 1927.[95] En ellos aboga por la adopción de esa modernidad por parte de la arquitectura nacional de entonces. En el primero de ellos hace una defensa de la necesidad por parte del Municipio de conformar una comisión encargada de velar por el buen gusto de los edificios a construir en la ciudad, por considerar que los mismos determinan el espacio público, por lo que deben estar legislados y reglamentados. Será en el segundo de estos escritos en el que manifestará claramente su oposición hacia todo tipo de arquitectura de carácter ornamental.

Enterado Surraco de que se estaba por llamar a concurso público de anteproyectos para el nuevo hospital, pensó le sería provechoso viajar a EEUU. No

tenía medios. La suerte le ayudó. El ya prestigioso JulioVilamajó le confió la decoración de una obra suya y ganó un automóvil en una rifa. Cobrado su trabajo y vendido el automóvil, viajó a Nueva York. Vio el funcionamiento interno de muchos hospitales. Vuelto al país, al poco tiempo se dieron a conocer las bases y el programa que regiría el concurso para la construcción del Hospital de Clínicas. Surraco se encerró a dibujar, para concretar la idea que tenía *in mente* luego de su fructífero viaje. Se presentaron 10 proyectos y el jurado seleccionó los de Mauricio Cravotto, Roberto Garese, Julio Bastos Kliche y Héctor Mondino. y Carlos Surraco, que pasaron a la segunda instancia, ganada ésta por Surraco.

Surraco confió la estructura de hormigón armado a un ingeniero alemán: Adolfo Hartschuh, el mismo que realizó el cálculo del hormigón para el Estadio Centenario. A este respecto narra Sara Barañano al referirse a los recuerdos de Surraco sobre la construcción del Palacio Salvo:

> *"La imposibilidad de las empresas constructoras nacionales de hacer frente a semejante obra, llevó a Lorenzo Salvo y al arquitecto Palanti a contratar la empresa alemana Dyrkjoff y Whitman, que con calculistas, herreros, carpinteros, ebanistas, etc., llegaron a Montevideo. Todo este equipo de técnicos se afincó aquí y sirvió para futuras obras, tales como el Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", el Estadio Centenario, Hangares de Aviación en Pando, Hangares en la Bahía de Montevideo, en la Isla de Ratas, hoy Isla Libertad, Hangares en la ciudad de Durazno, etc. El calculista alemán Hartschuh fue el calculista que vino para la obra del Palacio Salvo, pero que luego trabajó con el arquitecto Surraco para el Hospital de Clínicas y fue su calculista. El arquitecto Surraco me habló muchas veces de Hartschuh con gran cariño y admiración por aquel recio calculista, indeclinable en su deber y en la trascendencia de su labor. Todo el decurso de la construcción, fue un permanente diálogo Surraco-Hartschuh".*
>
> *… "Y al mencionar el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, que tanto se ha dicho, que parecería no habría nada nuevo por decir, debemos detenernos y hacer un hito en nuestro pensamiento y en lo que creemos ya conocemos".*
>
> *"Todas las virtudes de este monumental edificio. Y es que nada hay verdaderamente grande, si detrás de tal, no hay un alma que vibra, un corazón que palpita, un pensamiento que crea, un amor que le da el soplo de vida. Y no podemos mencionar el Hospital de Clínicas, sin detenernos ante la personalidad del Arq. Carlos Surraco".*
>
> *"Porque si sabemos ahora que siguió día a día y palmo a palmo el ritmo de la construcción, que controlaba cada hierro de su estructura, así como la mezcla que se volcaba y fraguaba en cada pilar, salvándolo de cualquier imprudencia de obrero desaprensivo que hiciera una lechada en un "más o menos" en lugar de "un exacto" sin ver la proyección catastrófica de alguna preparación incorrecta, y no la severamente estudiada en los cálculos de la resistencia de materiales, esta obra no tendría la firmeza y majestuosidad, la*

seguridad indiscutible que todos reconocemos y que el transcurso del tiempo va reafirmando".
"Cuando mi pensamiento me retrotrae al Montevideo de los años 30 y 40, y más, y veo las fotografías que tomó el Arq. Surraco, incansable testigo y creador, pienso que en cada nueva planchada que se elevaba sobre el nivel de la zona cercana al Parque de los Aliados, iba quedando algo del alma de nuestro arquitecto uruguayo. Para gestar esta obra, no se conformó con todos los conocimientos de nuestra Facultad de Arquitectura, sino que viajó a Estados Unidos para actualizarse en todo lo que a Hospitales se hacía en aquel país y al regresar con su nuevo bagaje de conocimientos cimentados en los que ya le eran propios, adquiridos en nuestra Facultad, supo con maestría proyectar y triunfar también en el segundo llamado del Concurso (el primer llamado tenía otras bases en pabellones). Y así por méritos de Concurso, el Arq. Carlos Surraco realizó la idea que hoy es el Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela"".
"Cada vez que paso por su zona, mi espíritu toma actitud de reverencia por aquel que le dedicó años de total entrega y desvelo, aquel que vio la ciudad desde lo alto y que en sus últimas etapas de construcción, dominaba tan amplia visual y también para su colaborador, calculista Hartschuh, para quien Surraco guardó tan hermoso recuerdo".
"Muchos años después, en oportunidad de su último viaje a Europa con su esposa, doña Renée Mac Coll de Surraco, llegó hasta la ciudad natal de Hartschuh, con la esperanza y la alegría contenida de estrechar su mano, pero el destino ya había escrito su página y sólo pudo saludar a su familia".[96]

Luego del Hospital de Clínicas, Surraco proyecta una vivienda para el Dr. Maya y Silva (1931), en la Av. Agraciada 3359, una residencia en bulevar España 2820, ahora inexistente, un edificio de apartamentos en la calle Soriano 781 (1932), el Instituto de Higiene (1933-1951), una casa en la calle Dr. José Scoseria 2654, esquina Francisco Aguilar (1934), el pabellón Beisso de consultorios externos, en el Hospital Pereira Rossell (1936), en colaboración con el Arq. Oscar Brugnini, un pabellón para tuberculosos en la ciudad de Durazno (1937), junto con el arquitecto J. M. Ambrosoni, el Instituto de Traumatología (1938), y en el Hospital Saint Bois, el pabellón Martirené (1942), conjuntamente con el arquitecto S. Murialdo. Este último edificio atesoraba en su interior numerosas pinturas murales de Joaquín Torres García y sus discípulos, parte de las cuales pasaron a ornar la torre de la Administración Nacional de Telecomunicaciones (ANTEL), y otra parte se perdió en el incendio del Museo de Arte Moderno de Rio de Janeiro el 8 de julio de 1978.

"Es mucha y valiosa su obra. Por supuesto, el haber ganado el concurso para el Hospital de Clínicas condicionó gran parte de su producción posterior, pues la mayoría de ella está relacionada con el tema de la salud. Es que, en un arreglo

con las autoridades de la época -considerando los magros emolumentos que había percibido como premio y honorarios- se decidió establecer una oficina de arquitectura en el Ministerio de Salud Pública y contratarlo como director de la misma en el año 1932. En ese puesto permaneció 23 años, es decir hasta 1955, y es por eso que a él se le deben tantos edificios hospitalarios".[97]

El arquitecto César J. Lousteau, en el artículo ya comentado de *El Diario* del 4 de julio de 1998, describe con precisión la evolución de las concepciones creativas de Surraco:

"Desde el punto de vista proyectual, Surraco primeramente incursionó en el "Art Decó". Dentro de esta corriente, el edificio de la casa "Eugenio Barth & Cia." se destaca como uno de los más logrados en nuestro país. * *También pertenecen a esta línea, gran parte de las primeras construcciones que realizó asociado con el ingeniero Topolansky.*
Posteriormente se volcó de lleno a la arquitectura renovadora y, al adoptar esta nueva postura lo hizo, igualmente, con gran solvencia.
Entre las distintas vertientes de la arquitectura moderna, su obra se inscribe dentro del funcionalismo o, si se quiere, del racionalismo internacional. El Clínicas, Traumatología, el Pereira Rossell, etcétera, se adaptan a la función para la cual fueron creados. La estructura de sostén de cada uno de ellos es lógica, racional y económica.
Lo curioso es que, apenas ingresado a la principal corriente estilística de nuestro siglo, criticó acerbamente a todos quienes, como él, se dejaron seducir por los éxitos formales del movimiento surgido en la exposición "des Arts Décoratifs Industriels Modernes" que tuvo lugar en París en el año 1925. De allí surgió el estilo "Art Déco", apócope del nombre con que se conoció la famosa muestra parisina, en la cual fue figura descollante el arquitecto galo Robert Mallet-Stevens (1886-1945).
En un artículo que tituló "La pseudo arquitectura moderna", aparecido en mayo de 1927, Surraco escribió: "… la ignorancia del verdadero valor de nuestra arquitectura es lo que conduce a ese nuevo academismo lamentable, nutrido directamente de la exposición de París de 1925". O sea que, en corto lapso, advierte la frivolidad de esta modalidad fundamentalmente decorativista y pasa a considerarla una simple "complicación fastidiosa de planitos y redientes y canaletas que si fueron motivos frescos para dos o tres temas ligeros, no constituyen de ninguna manera tesis consistente". La virulencia que demuestra Surraco es la propia de todo aquel que considera errado el buen camino y luego se lamenta por el tiempo y esfuerzos malgastados en una senda equivocada. Más adelante continúa dando palos a los "oportunistas" que hurgan en la obra de Mallet-Stevens a fin de copiar sus éxitos formales.

* Los destinos posteriores de este edificio fueron la empresa Suney S.A., dependencias del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y, actualmente, dependencias del Ministerio de Economía y Finanzas.

En una palabra, ataca frontalmente a los eclécticos, a los que fácilmente se adhieren a toda corriente novedosa, a aquellos que corren en pos del éxito y no vacilan en cambiar de estilo en cada ocasión con tal de estar "en onda".
Una vez que descubre la arquitectura moderna, se da por entero a ella con real convicción y aconseja a los jóvenes recorrer la senda de lo moderno "bueno". "Juzgar a Wright, conocer a Sullivan, juzgar a Hoffmann, conocer a Otto Wagner…."
"… Surraco descolló en ambas sendas, [en las modalidades Decó y en la vanguardia moderna,] pero es indudable que abrazó el movimiento moderno "renovador" con íntima convicción y no lo utilizó como simple ropaje a la moda. Hacer una arquitectura funcional, eficiente, racional y simple estructuralmente, fue su meta".
Cumpliendo esas condiciones solamente, no se logra una obra de destaque. Hace falta algo más: justeza en las proporciones; sabia elección de los materiales, acertado énfasis destacando algunas líneas predominantes; mesurado uso del color; adecuación al entorno; observancia de la escala humana; subordinación de todo a una idea rectora fácilmente perceptible; etcétera; todos son ingredientes que únicamente un alma de artista puede inyectarle a un edificio. Y Surraco lo poseía.
Él mismo se encargó de aclarar estos conceptos: "La edificación sin arte es obra de egoísmo porque toda construcción que se levanta a nuestro paso y obstruye la vista y la libre expansión del espíritu, la expansión y el bienestar que produce el horizonte ilimitado debe ofrecer en recompensa de esa limitación de esa libertad de ver y movernos, un tributo de belleza, de armonía y de tranquilidad espiritual".[98]

La rica personalidad humanística de Surraco, su fina sensibilidad, quedan puestas de manifiesto reiteradamente en la emotiva crónica que dejara Sara Barañano. Cuando ella llegó a su casa por primera vez, le recuerda físicamente como:

"De una cabellera blanca, facciones de líneas finas, alargadas sus manos, gesto firme, ojos claros que miraban nerviosamente y en profundidad. Me tendió su mano delgada de intelectual, firme por naturaleza, pero en la que se traslucía toda su sensibilidad y su caballerosidad.
Me habló entonces de su "momento", el que estaba viviendo. Había perdido a su esposa, con quien desde niños habían jugado juntos y que desde entonces, cada uno supo que eran el uno para el otro. Esta realidad de haberla perdido, "de vivir sin ella", le era insoportable. Luego … estaba perdiendo la vista. Sus ojos, se limitaban a recibir la luz y ver en un campo limitado rectilíneo. Él, que había vivido disfrutando del ver, del mirar, que había dibujado planos, edificios, que había dedicado gran parte de su tiempo a la fotografía y al bromóleo como el mejor, realizando verdaderas obras de arte, que él mismo revelaba, tenía sus ojos cansados, mientras su inteligencia y su alma

y su emoción, en plena vigencia, tropezaban con esta dificultad física que le lastimaba en el corazón".
"… Estaba frente a una personalidad que ya pasaba los ochenta años, pero su energía intelectual, la claridad de su mente ágil y la riqueza de conceptos que desgranaba en el transcurso de su conversación, corroboraban una vez más, que el espíritu y la inteligencia no envejecen al ritmo que el corpóreo del ser humano".
"…Así pasábamos tarde a tarde "conversando" con Frank Lloyd Wright, en un libro escrito por la esposa de éste y que le había sido regalado por su nieto Carlos Ramón. Otras veces era Le Corbusier, Bauhaus, Gropius, Torres García, Figari, Orozco, Juana de Ibarbourou, Carlos Tacconi, Delmira Agustini, Rabindranath Tagore, luego, pasado el año del fallecimiento de su esposa, oyendo música, Juan Sebastián Bach, Brahms, Beethoven, Chopin, Vivaldi. Era incansable su mente, siempre dispuesta a saber más o a reavivar sus conocimientos".

Le trasmitió su admiración por Le Corbusier:

"En la sobriedad de la línea y la funcionalidad, está la belleza de la forma. Y así viene al caso exponer ideas de Le Corbusier: la columna gusta porque inspira verticalidad y elevación. La cornisa, gusta, porque en su horizontalidad está el reposo y la paz. Esto es, en el espíritu de Bauhaus, lo que significa el "Eil Füiling" o simpatía sentimental o transmisión sentimental, teoría ésta que en el Arq. Surraco tenía su gran intérprete. Las cosas nos gustan por lo que de nosotros mismos encontramos en ellas".
"Arquitectura es Construcción; Arquitectura es textura de construcción; lo que no es eso, es Decoración".

O su indeclinable afición por la lectura:

"Carlos Surraco a veces, bajaba de su biblioteca con un cuaderno, en el que durante años había ido seleccionando pensamientos o trozos de lecturas que le eran predilectas. Ese cuaderno que él tituló: "Leer – para – saber vivir!!!". Allí sus perlas literarias, ordenadas alfabéticamente: A: Amistad, Arte, Amor; B: Belleza, Bondad; C: Cortesía, Consejos, Corazón; D: Daño, Democracia, Destino, Dolor, Deber, Dios; E: Experiencia, Egoísmo, etc., etc., donde página a página se encontraban citas de Horacio, La Bruyère, Sócrates, Ovidio, Dante, O. Wilde, Voltaire, Azorín, Cicerón, Leonardo da Vinci, Epicuro, etc., etc.
Leíamos algunas páginas, y estoy segura que en él, todas esas lecturas llegaban a sus oídos y a su mente y corazón, provocando un sinnúmero de recuerdos, asociaciones de ideas: era como si a un estanque al dejar caer una piedra, se produjesen eternamente, círculos y círculos concéntricos. Ahí, Surraco, en silencio, escuchaba o bien a veces, él mismo acercando las páginas a la potente

luz de su pantalla, se deleitaba leyendo por sí mismo. Y lo hacía con gran firmeza, pausado, pesando cada una de las palabras y de las frases, para deleitarse y llegar al profundo pensamiento que leía. Incluso, más de una vez, traducía literalmente del inglés, del francés o del italiano, según fuera el texto recogido de sus viejas lecturas. Se renovaba entonces su admiración y un nuevo homenaje para el que en ese momento era su "amigo"".

"A menudo me repetía: Un libro cerrado, un corazón que espera;
Un libro roto, un corazón que llora;
Un libro abierto, un amigo que acompaña".

"Así eran los sentimientos que el Arq. Surraco guardaba calladamente, palpitantes y auténticos".

"Para sus hijos y familiares, a quienes van dedicadas estas páginas quizá no les será nada nuevo lo que aquí les dejo. Pero sentí la necesidad espiritual de dejar testimonio de cómo pasó sus últimas tardes del invierno que le acompañé. Cómo supo sublimar la gran ausencia de su esposa… la falta de luz en sus ojos… ocupando su mente y su intelecto con lo más valioso que había ido recogiendo en su vida".[99]

Surraco sentía un gran amor por la fotografía, arte en el que llegó a sobresalir. Incursionó en una especial y poco cultivada especialidad dentro de ella que se conoce como bromóleo. En la puerta de entrada a su laboratorio fotográfico se leía escrito por él: "Para los instantes que quedan entre los años que pasan". Formó parte del Fotoclub Uruguayo y organizó varias exposiciones fotográficas.

La afición por la fotografía le aportó un gran amigo: el Dr. Roberto Velasco Lombardini (1892-1984), también integrante del Fotoclub. Si bien se conocían desde la juventud, la amistad se estrechó en los últimos meses de vida de Surraco, período en el cual Velasco lo visitaba semanalmente.

El arquitecto Carlos Surraco falleció el 4 de marzo de 1978. Fueron varios los homenajes que, en vida y luego de muerto, le ofrecieron el Hospital de Clínicas, la Facultad de Medicina y la Universidad de la República. Entre ellos, la designación con su nombre de la Sala de Conferencias de la Planta Baja del Hospital.

FUENTES Y REFERENCIAS DE LA SEGUNDA PARTE

1- Quintela M: La Facultad de Medicina de Montevideo 1875-1915. Memoria presentada por el Decano Dr. Manuel Quintela, Montevideo, 1915, Universidad de la República, p:40.

2- Ibíd, p:45-51.

3- Pou Ferrari R: Historia de la Obstetricia en el Uruguay. Parte II: Períodos Colonial y actual. En: *Ses Soc Urug Hist Med* 1980, 2: 82-83.

4- Quintela M: La Facultad de Medicina de Montevideo 1875-1915. Memoria presentada por el Decano. Montevideo, 1915, Facultad de Medicina, pp:51-54.

5- Ricaldoni A: Discurso pronunciado en ocasión de sustituirse el nombre de la Sala Larrañaga por el de Pedro Visca en el Hospital Maciel. *Rev Med Uruguay* 1912, 15:101-110.

6- Turenne A: Los precursores, la fundación y los primeros tiempos de la Facultad de Medicina. *An Fac Med Montevideo* 1936, 21:5-17.

7- La Facultad de Medicina de Montevideo. Reseña histórica. *An Fac Med Montevideo* 1936, 21:47-266.

8- Lockhart J: La historia del Hospital Maciel. Montevideo, 1982, Editora de Revistas.

9- Ibid, p: 77.

10- Ibid, p: 77.

11- Ibid, p: 78.

12- Mañé Garzón F: Pedro Visca, fundador de la clínica médica en el Uruguay. Tomo I, Montevideo, 1983, pp:221-223.

13- Quintela M: Op cit, p: 93.

14- Ibid, p: 97.

15- Ibid, p: 250-256.

16- Quintela M: Conferencia dictada en el SMU, 1924: En: http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/ articulos/quintela.pdf

17- Becerro de Bengoa M: Pro Nuevo Hospital. *Revista de los Hospitales*, 1910, 3:191-199.

18- Becerro de Bengoa M: Pro Nuevo Hospital. Balance de responsabilidades. *Revista de los Hospitales,* 1910, 3:299-301.

19- Ricaldoni A: Op cit.

20- Wilson E, Mañé Garzón F: Américo Ricaldoni: Artífice de la Medicina uruguaya. Montevideo, 2009, Ediciones de la Plaza, p. 370.

21- Wilson E, Wozniak A: Historia de la Cátedra de Radiología. Primera parte. *Rev Imagenología,* Época II, 13(2):9-25.

22- Butler C: Algo sobre enseñanza de la Medicina. El Hospital de Clínicas. Montevideo, Tipografía "La Industrial", 1921.

23- Quintela M: El Hospital de Clínicas. Conferencia del ciclo 1924 en el Sindicato Médico del Uruguay. Montevideo, 1924. Folleto de 15 páginas. Tipografía "La Oriental".

24- Diario de Sesiones de la Cámara de Representantes, julio 5 de 1926, página 541.

25- Diario de Sesiones del Senado. XXIX Legislatura, 79ª Sesión Ordinaria, 8 de setiembre de 1926, página 436.

26- Diario de Sesiones del Senado. XXIX Legislatura, 79ª Sesión Ordinaria, 8 de setiembre de 1926, página 436.

27- Diario de Sesiones del Senado. XXIX Legislatura, 79ª Sesión Ordinaria, 8 de setiembre de 1926, página 437.

28- Diario de Sesiones del Senado. XXIX Legislatura. 79ª Sesión Ordinaria, 8 de setiembre de 1926, página 438.

29- Diario de Sesiones del Senado. XXIX Legislatura. 81ª Sesión Ordinaria, 13 de setiembre de 1926, página 501.

30- Diario de Sesiones del Senado. XXIX Legislatura 81ª Sesión Ordinaria, 13 de setiembre de 1926, página 502.

31- Diario de Sesiones del Senado. XXIX Legislatura 81ª Sesión Ordinaria, 13 de setiembre de 1926, página 503.

32- Diario de Sesiones del Senado. XXIX Legislatura 83ª Sesión Ordinaria, 16 de setiembre de 1926, página 518.

33- Boletín de la Asistencia Pública Nacional. La Asistencia Pública Nacional y el Hospital de Clínicas. setiembre 1926, pp:331-338

34- Diario de Sesiones del Senado. XXIX Legislatura. 84ª Sesión Ordinaria, 22 de setiembre de 1926, páginas 545-546.

35- Diario de Sesiones del Senado. XXIX Legislatura. 84ª Sesión Ordinaria, 22 de setiembre de 1926, páginas 546-547.

36- Diario de Sesiones del Senado. XXIX Legislatura. 84ª Sesión Ordinaria, 22 de setiembre de 1926, página 550.

37- Diario de Sesiones del Senado. XXIX Legislatura. 84ª Sesión Ordinaria, 22 de setiembre de 1926, página 551.

38- Diario de Sesiones del Senado. XXIX Legislatura. 84ª Sesión Ordinaria, 22 de setiembre de 1926, página 552.

39- Diario de Sesiones del Senado. XXIX Legislatura. 85ª Sesión Ordinaria, 23 de setiembre de 1926, página 555.

40- Diario de Sesiones del Senado. XXIX Legislatura. 85ª Sesión Ordinaria, 23 de setiembre de 1926, página 558.

41- Diario de Sesiones del Senado. XXIX Legislatura. 85ª Sesión Ordinaria, 23 de setiembre de 1926, página 569.

42- Diario de Sesiones del Senado. XXIX Legislatura. 85ª Sesión Ordinaria, 23 de setiembre de 1926, página 570.

43- Diario de Sesiones del Senado. XXIX Legislatura. 85ª Sesión Ordinaria, 23 de setiembre de 1926, página 578.

44- Diario de Sesiones del Senado. XXIX Legislatura. 85ª Sesión Ordinaria, 23 de setiembre de 1926, página 578.

45- Diario de Sesiones del Senado. XXIX Legislatura. 85 ª Sesión Ordinaria, 23 de setiembre de 1926, página 580.

46- Diario de Sesiones del Senado. XXIX Legislatura. 85ª Sesión Ordinaria, 23 de setiembre de 1926, página 572.
47- La Facultad de Medicina de Montevideo. Reseña histórica. *An Fac Med Montevideo*, 1936, 21:47-266.
48- García Otero JC: El porvenir de la Facultad de Medicina. *An Fac Med Montevideo*, 1936, 21:31-41
49- Lockhart J: Historia del Hospital de Clínicas, Montevideo,1988, Librería Médica Editorial.
50- Comisión Honoraria del Hospital de Clínicas: Programa y Bases para el llamado a Concurso de Anteproyectos. Montevideo, 1927, Casa Barreiro y Ramos, 70 páginas y 3 planos plegados.
51- Ibid.
52- Rizzi Castro M: Manuel Quintela (1865-1928). En: Gutiérrez Blanco H (Ed): Médicos Uruguayos Ejemplares, Tomo I, Buenos Aires, 1988, La Prensa Médica Argentina, pp:29-35.
53- Comisión Honoraria del Hospital de Clínicas: Informe de la Comisión designada para estudiar la construcción e instalaciones de los hospitales americanos y europeos. Montevideo, 1928, Casa Barreiro y Ramos.
54- Concurso de planos del Hospital de Clínicas. Primer Premio Arq. Carlos Surraco. *Arquitectura* 1930, 16:190-203.
55- Rizzi Castro M: Op cit.
56- Acta de Sesión de Comisión Directiva de SAU, diciembre 12 de 1928. *Arquitectura*, SAU, 1929, p:95.
57- Rizzi Castro M: Op.cit.
58- Quintela M: Laringectomía en el Uruguay. *Anales ORL del Uruguay*, 3(Parte 1):95-108.
59- Asociación Uruguaya para la Justicia Intelectual: Hospital de Clínicas. Monumento levantado para la salud del pueblo (sin autor). Montevideo, 1951
60- Blanco Acevedo E: Carta al Dr. A. Vázquez Barriere del 2 de octubre de 1943. (FDAN).
61- Concurso de planos del Hospital de Clínicas. Primer premio Arq. Carlos Surraco. *Arquitectura* 1930, 16:190-203.
62- Blanco Acevedo, E.: Carta al Dr. A. Vázquez Barriere del 2 de octubre de 1943. (FDAN).
63- Surraco C: El Hospital de Clínicas. *Anales de la Universidad*, 1944, 154:32-33.
64- Diario *Acción,* 27 de diciembre de 1949.
65- Diario *Acción,* 28 de diciembre de 1949.
66- "El futuro del Hospital de Clínicas" Editorial sin firma. *Acción Sindical*, Año XV (diciembre 1935 – enero 1936), pp:5-6.
67- Surraco C: El Hospital de Clínicas. *Anales de la Universidad*, 1944, 154:
68- Surraco C: Entrevista. Diario *Acción.* 29 de diciembre de 1949.
69- Artucio L: Montevideo y la arquitectura moderna. Montevideo, 1971, Editorial Nuestra Tierra..
70- Carta dactilografiada de C. C. Burlingame dirigida a Eduardo Blanco Acevedo, fechada el 12 de octubre de 1943. (FDAN).

71- Palma E: El edificio del Hospital de Clínicas. *Acción Sindical*, Año XVI (agosto – setiembre 1936), p:36.
72- ACDFM. Sesión del 14 de julio de 1946, pp: 63-64.
73- ACDFM. Sesión del 25 de setiembre de 1947, pp:608-618.
74- Ibid.
75- El Hospital de Clínicas. Montevideo, 1948, Imprenta CISA. Folleto de 56 páginas. (FDAN).
76- Diario de Sesiones de la Cámara de Representantes. Sesión Ordinaria. 9 de Noviembre de 1949, página 804.
77- Carlevaro PV: Discurso en la entrega del Hospital de Clínicas a la Facultad de Medicina. *El Estudiante Libre* 1950 (setiembre):14-15.
78- Silva A: Profesor Juan José Crottogini: una vida alumbrando vida. Montevideo, 1994, 127 pp. Epílogo por el Dr. Carlos Gómez Haedo, p:123.
79- "El Hospital de Clínicas debe y tiene que ser entregado a la Facultad de Medicina. Editorial. *Acción Sindical*, año XXVII (setiembre 1947), pp:3-4.
80- "El gobierno del Hospital de Clínicas". Declaración de la Sala del Personal Docente Auxiliar. Ibíd pp:25-27.
81- Discursos y trabajos del Prof. Em. Dr. Domingo Prat, Montevideo, 1963, Universidad de la República y Facultad de Medicina.
82- García Capurro F: Eduardo Blanco Acevedo (1884-1971). En Gutiérrez Blanco H: Médicos uruguayos ejemplares, Tomo 2, Montevideo, 1989, pp:253-262.
83- Scarone A: Uruguayos contemporáneos, 2ª Ed, Montevideo, 1937, Barreiro y Ramos, pp:65-67.
84- Peña JM: Eduardo Blanco Acevedo. Historia de una vida integral. Montevideo, 1950, Imprenta Uruguaya..
85- Ricaldoni A. Lección clínica sobre la enfermedad de Parkinson. Clase. Versión de Eduardo Blanco Acevedo. *Revista de los Hospitales*, 1908, 1(1):2-6.
86- Soiza Larrosa A. La Sanidad Militar y el Hospital Militar Central (1918-1935). Sesiones de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina, 1999, 20:175-215.
87- Brazeiro H. Historia del Hospital Pasteur. Ses Soc Urug Hist Med 1990, 12:151-222.
88- Decreto Ley Nº 9.202 del 12 de enero de 1934.
89- Mañana J. Historia del Sindicato Médico del Uruguay, Montevideo, 1992, SMU, 151 pp.
90- "El pleito por la provisión de los 18 cargos de Médicos del Servicio de Urgencia" (sin autor). *Acción Sindical,* Año XXVI (diciembre 1946-febrero 1947), pp: 29-35. Este artículo de la prensa gremial expone el fallo por el que se condena al Estado, diez años después de sucedido el hecho.
91- *Boletín del SMU* correspondiente a marzo, abril, mayo de 1934. En: Mañana J. Op cit p 54.
92- Lousteau CJ: Carlos A. Surraco (1896-1976). Uno de los pioneros uruguayos de la arquitectura moderna. *El Diario*, 4 de julio de 1998.
93- Barañano de Costa S: "Mis tardes conversando con el arquitecto Carlos Surraco." Escrito mecanografiado de 1977 de 10 carillas por quien acompañó a

Surraco en sus últimos meses. La familia Surraco suministró fotocopias de dicho documento inédito.

94- Surraco C: “Los rieles de nuestra arquitectura”. *Arquitectura*, SAU, 1923, p:61.

95- Surraco C: “La pseudo arquitectura moderna”. *Arquitectura*, SAU, 1927, 114 (mayo).

96- Barañano de Costa S: Op. cit.

97- Lousteau CJ: Op. cit.

98- Lousteau CJ: Op. cit.

99- Barañano de Costa S: Op. cit.

TERCERA PARTE

PUESTA EN MARCHA DEL HOSPITAL (1950 - 1960)

"Un cambio fundamental va a operarse, estamos en otro comienzo; la investigación, la docencia, la asistencia, se transformarán radicalmente. Su influencia se hará sentir en todos los organismos similares y en todos los rincones del país. Nosostros mismos, profesores y estudiantes, tendremos que modificarnos mucho. Nuestra exigencia de ayer importa una gran responsabilidad. Otro ambiente, otra manera de actuar nos espera".

Mario Cassinoni*
Decano de la Facultad de Medicina

* Discurso pronunciado al tomar posesión la Universidad del Hospital de Clínicas. *Memoria del Decanato* correspondiente a los períodos 1949-1950 y 1950-1953, Montevideo, 1954, pp:231-235. (FDAN).

TERCERA PARTE

CAPÍTULO VIII
El Decano Mario Cassinoni conductor del Hospital

CAPÍTULO IX
El Hospital comienza a andar

CAPÍTULO X
La Dirección de Almenara

CAPÍTULO VIII

EL DECANO MARIO CASSINONI CONDUCTOR DEL HOSPITAL

La Comisión del Hospital de Clínicas
Lo opinión de Odair Pacheco Pedroso
La conducción de Cassinoni
Sobre la necesidad de un director para el Hospital
Helvecio Tabárez encargado interinamente de la dirección
Inauguración del Hospital
La prensa ante la inauguración
Datos biográficos de Mario Cassinoni
Datos biográficos de Odair Pacheco Pedroso

Entregado el Hospital a la Facultad de Medicina en agosto de 1950, las autoridades de ésta se vieron enfrentadas al compromiso de organizar y poner en funcionamiento la nueva estructura asistencial. Este nuevo desafío fue asumido por el Decano Mario Cassinoni (Fig. 1), secundado por el Consejo Directivo de la Facultad y gran cantidad de colaboradores.

La tarea era inmensa. Había que: poner en marcha un Hospital incompleto en su estructura física y su equipamiento; crear estructuras que permitieran un funcionamiento eficaz; poblar las salas con las clínicas de la Facultad, habituadas a funcionar como pequeñas posesiones regenteadas por los profesores; conseguir personal calificado para dirigir y a la vez conducir el colectivo hacia objetivos definidos; preparar personal capacitado para hacerlo funcionar en todos sus aspectos asistenciales y docentes, sin contar para ello con antecedentes ni recursos; combatir intereses egoístas y dar nacimiento a una mística de

servicio a la vez generosa, eficiente y responsable. Todo ello dentro de una sociedad que miraba al Hospital con sentimientos encontrados de esperanza, escepticismo, duda y asombro. Una sociedad en vísperas de elecciones nacionales, con sectores hostiles a la Universidad y sus dirigentes. A pesar de todo ello, la tarea se cumplió. Y pese a la participación de muchos en ella, el mérito mayor fue del Decano Cassinoni. Su enorme tesón, su profunda convicción en las ideas, su inteligencia, su tolerancia, su paciencia ante las críticas, su proceder transparente, lo rodearon de admiradores y colaboradores de muy variadas maneras de ver los fenómenos sociales y políticos. Creó y condujo un grupo con una pasión sin límites por una Facultad moderna y entregada a la sociedad a través de su Hospital. Es posible que sin Cassinoni otro hubiera sido el destino del Hospital de Clínicas.



Figura 1.- Mario Cassinoni, como Decano, presidió la comisión del Hospital de Clínicas. (Galeria del Decanato de la Facultad de Medicina).

Ya en el discurso pronunciado en ocasión de la toma de posesión por la Universidad del Hospital de Clínicas, Cassinoni enuncia sus intenciones y sus esperanzas. Extractamos de este discurso algunos párrafos que entendemos permanecen válidos medio siglo después:

> *"Se nos ofrece la oportunidad de demostrar que afirmábamos una verdad cuando decíamos que, en ningunas manos mejor que en las nuestras, podría asegurarse el porvenir del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. Es pues, esta reunión de hoy, una demostración de entusismo al alcanzar una soñada meta que, por instantes, pareció imposible; pero debe ser también un llamado a la responsabilidad. Comprometemos desde hoy, seriamente, el prestigio y el porvenir de la Universidad toda, y estamos obligados a responder a la confianza que en nosotros se depositara".*
> *"El único comando, tal como lo requeríamos, ha sido la solución del largo pleito. Con ello la Universidad se multiplica en forma desacostumbrada e incorpora a sus dominios un nuevo organismo distinto en sus funciones y naturaleza a todos los que posee hasta el presente. Para su destino, ofrece como ga-*

rantía su limpia ejecutoria de todos los tiempos, el alto nivel de su capacidad técnica y la honrada administración que siempre la caracterizaran".
"La organización y administración de hospitales es una nueva especialización médica muy poco desarrollada en nuestro medio. Para planear con eficacia la vida múltiple de este organismo, todos en el ambiente médico hemos creído necesario mirar fuera de fronteras. No se improvisan especialistas de ese orden; carecemos de escuelas para ello. Hemos creído de nuestro deber recurrir a fuentes extrañas para que nos orienten en este aspecto primordial de la labor que comenzamos. Días pasados tuvimos la visita, a nuestro pedido, del Dr. Odair Pedroso, destacado especialista brasileño que colaborará en nuestra tarea en forma constante dentro de breve tiempo."
"Es la primera etapa que deberá cumplir el futuro personal de este Hospital: hacerse apto para el desempeño del cargo que aspira. La segunda, es la de la selección: el triunfo de los más aptos dentro de los capaces. El concurso será la norma inflexible de la que no nos desprenderemos".
"Yo no quiero hablar de cuánto significa este Hospital en la evolución de la profesión médica. Tiempo habrá de decirlo o sumar nuestras palabras a las ya pronunciadas por distintos y capacitados colegas. Un cambio fundamental va a operarse, estamos en otro comienzo; la investigación, la docencia, la asistencia, se transformarán radicalmente. Su influencia se hará sentir en todos los organismos similares y en todos los rincones del país. Nosotros mismos, profesores y estudiantes, tendremos que modificarnos mucho. Nuestra exigencia de ayer importa una gran responsabilidad. Otro ambiente, otra manera de actuar nos espera".[1]

Poco después, en diciembre, en la inauguración del Primer Congreso Uruguayo de Cirugía, celebrado en la Facultad de Medicina, en presencia del Presidente Batlle Berres, insistiría nuevamente sobre el mismo tema:

"Quiero decir, finalmente, que vivimos en esta hora toda la responsabilidad que a la Facultad de Medicina le corresponde, con preocupación pero con firmeza. Saben ustedes, y aprovecho la oportunidad para señalarlo ante las altas autoridades de la Nacion, que tenemos la enorme responsabilidad de poner en marcha el Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Quiero decirle al señor Presidente de la República, que podremos fracasar por diversas razones, que muchos obstáculos podrán ponerse en nuestro camino, pero que no ha de deberse en manera alguna a nuestra debilidad, a nuestra falta de trabajo, a nuestra falta de empeño. A medida que aumenten los obstáculos se duplican nuestros esfuerzos y se multiplica la colaboración que todos los universitarios nos ofrecen".[2]

La Comisión del Hospital de Clínicas

El primer paso fue nombrar una comisión del seno del Consejo para hacerse cargo de las tareas asumidas, que fue designada como "Comisión del Hospital de Clínicas". Esta Comisión sustituyó a la antigua Comisión Honoraria* en sus funciones, a pesar que ésta siguió existiendo por un tiempo en paralelo, hasta el año 1958, sin capacidad decisoria pero con algunos recursos asignados para obras ya proyectadas. La nueva comisión emergió del Consejo y dependía directamente de éste. Estuvo integrada por el Decano Cassinoni, que la presidió, y los consejeros Profesor Carlos Amorín (delegado de los profesores), Dr. Manuel Ambrosoni (delegado de los egresados) y Dr. Atilio Morquio (delegado de los estudiantes). Como asesores se agregaron, a propuesta del Decano, los profesores Julio César García Otero, Juan Carlos del Campo y Manuel Rodríguez López. Esta Comisión se reunió con todos sus integrantes y asesores por primera vez el 12 de setiembre de 1950, en el Hospital de Clínicas, actuando en secretaría el Sr. Héctor Penco, secretario de la Facultad. Realizó como primer acto una visita al "Servicio de Puerta" del Hospital.[3]

Los pasos siguientes fueron dados por la nueva Comisión, debidamente apoyada por el Consejo Directivo de la Facultad, buscando asesoramiento en otras dependencias universitarias, como la Facultad de Ciencias Económicas y los decanos de las Facultades de Química y de Odontología.

Desde mediados de 1949, antes de la entrega del Hospital a la Universidad, Cassinoni y el Consejo mantenían conversaciones con el Dr. Odair Pacheco Pedroso, especialista en administración hospitalaria y Asistente de la Superintendencia del Hospital de Clínicas de São Paulo, quien aceptó colaborar en la organización de la marcha del Hospital e incluso permaneció 10 días en Montevideo en octubre de 1949, visitando diariamente el Hospital.[4] Desde entonces realizó visitas periódicas, se mantuvo al tanto de los progresos y realizó observaciones en forma reiterada.

De acuerdo con los asesoramientos brindados por otras dependencias universitarias, se acordó contratar al arquitecto Carlos Surraco, al contador Darío Jourdan y al ingeniero Julio Arigón como asesores en sus respectivas áreas.[5] Posteriormente fueron contratados otros asesores: Carlos María Reyes, idóneo en proveeduría hospitalaria, las Nurses Irma Batto, Dora Ibarburu, María Angélica Martínez y María Julia Pepe, para planificar el departamento de enfermería,

* La similitud de los nombres favorece la confusión alrededor de las tres Comisiones que dirigieron el Hospital. La primera fue la "Comisión Honoraria del Hospital de Clínicas", vigente hasta la entrega del Hospital a la Facultad de Medicina. La segunda fue la "Comisión del Hospital de Clínicas", desde la entrega a la Universidad hasta la toma de posesión, en 1960, de las autoridades definidas por la nueva Ley Orgánica de 1958. La tercera fue la "Comisión Directiva del Hospital de Cínicas", que se mantuvo hasta el presente salvo su desaparición durante el período de la Intervención.

las dietistas María Laura Martínez Visca y Leda Calvo para el servicio de alimentación, el Dr. Alfredo Pernin para armar un servicio de anestesia y la Dra. Renée Minatta para organizar el archivo médico y las estadísticas. Y para asistir al primer curso en Sud América de Administración y Organización de Hospitales, realizado en Brasil y dirigido por Odair Pacheco Pedroso, se seleccionaron, por llamado a aspirantes, a los Dres. Célica Perdomo y Helvecio Tabárez.

La marcha de los procesos de organización puso en evidencia dificultades diversas en las distintas áreas del Hospital. En sesión del Consejo Directivo de la Facultad celebrada en el propio Hospital el 21 de diciembre de 1950, a la que concurrieron los consejeros, los miembros designados de la Comisión del Hospital de Clínicas y los asesores Odair Pedroso, Carlos Surraco, Darío Jourdan y Julio Arigón, el Decano, luego de presentar a los nuevos asesores, informó extensamente sobre los serios problemas del mismo, que hacían imposible su puesta en marcha en poco tiempo, desvirtuando las ideas erróneas de algunos políticos que pensaban que con la sanción de la ley rápidamente vendría la habilitación. También surgieron diferencias puntuales con los profesores de las clínicas, como por ejemplo la relacionada con la centralización de los laboratorios y los servicios radiológicos.

La opinión de Odair Pacheco Pedroso

Estas dificultades provocaron comentarios adversos en la prensa montevideana, reclamando una pronta habilitación. *El Estudiante Libre*, en defensa del Hospital, publicó los problemas anteriormente expuestos por Cassinoni que explicaban la imposibilidad de una habilitación a breve plazo.[6] El Decano, aprovechando la presencia de Odair Pedroso, invitó en febrero a la prensa a visitar el Hospital, ver los problemas y escuchar las opiniones del asesor brasileño. El diario *Acción* y *Acción Sindical* hicieron extensas notas sobre la visita al Hospital, detallando el plan presentado por Odair Pedroso para la habilitación y el funcionamiento del mismo.

En la entrevista otorgada a *Acción Sindical* en 1951, Pedroso apoyaba la actuación de la Comisión del Hospital de Clínicas y al mismo tiempo repasaba los problemas que presentaba el Hospital:

> *"En las obras de modernización se terminaron ya las de Rayos X. La farmacia es antiquísima, tanto que un gran técnico dijo en una visita, en frase muy gráfica, que era inadecuada y que lo mejor sería echarla abajo, correspondiendo a obras de 1920 y no para la actualidad. Sin embargo, se harán reformas que proveerán al Hospital de una Farmacia aceptable, pero habrá que invertir alrededor de 250 mil pesos. Ahora se tendrá que ampliar las dependencias de la cocina, sumamente chica, para hacer más de tres mil comidas diarias.*

> *Las reparticiones imprescindibles, no podrían servir ni para la cuarta parte, con lo construido hasta ahora.*
> *El laboratorio tendrá que sufrir una reforma integral. No está terminado y hay que modernizarlo, pues hay cosas fundamentales en materia de distribución de gas y de electricidad, que haría imposible su normal funcionamiento.*
> *Los ascensores son insuficientes, pues teniendo en cuenta que son solo cuatro y que hay que recorrer 19 pisos, no alcanzarían ni remotamente para llenar su rol. Baste decir que una visita de 30 personas, cuando la realizamos, sólo alcanzaban para movilizarnos nosotros. Se piensa instalar nuevos ascensores ya que si no sería imposible el funcionamiento del hospital.*
> *En los espacios para Administración faltan muchas dependencias. No hay comedores para empleados, médicos ni estudiantes. El Hospital será una verdadera ciudad de cinco mil personas que reclaman comodidades mínimas.*
> *No existiendo Banco de Sangre y Plasma, indispensable para el Hospital, se están haciendo los trabajos, destacándonos el Dr. Pedroso que en este sentido el Dr. Dinor Invernizzi es un técnico de gran capacidad y de labor que conociendo bien la materia, presta un concurso de gran significación.*
> *Falta todavía todo el material de trabajo de las Nurses, el instrumental quirúrgico, Fisioterapia, Anestesiología, Oxigenoterapia, adaptación de Policlínicas que se habían destinado en gran parte a Vías Urinarias. Y faltan centenares de vidrios, canillas y mil detalles de instalación.*
> *Hay muchas cosas inservibles en el hospital. En la calefacción se ha realizado pruebas de presión con agua fría. La pintura de los hierros de los ventanales está ya deteriorada y la reparación, que se está haciendo con soplete de arena, lleva un mes por piso, lo que quiere decir que durante más de un año, ni pensar en la habilitación, pues mientras se trabaja invade el hospital, inevitablemente, una nube de arena.*
> *El Centro Quirúrgico – casi imposible de creerlo si no lo hubiéramos visto – no tiene aire acondicionado. Trabajar en los pisos altos, con el sol por los cuatro costados, en medio que debe ser cerrado, sin aire acondicionado sería imposible. En este sentido se realizan los estudios correspondientes".*[7]

Por su parte, *Acción* publicaba un diálogo con Pedroso, del cual se extrae lo siguiente:

> *"**Pregunta**: ¿Qué opinión tiene usted del Hospital de Clínicas? ¿Cómo lo encontró?*
> ***Respuesta**: En el conjunto muy buena, pero con reservas que expondré brevemente. Las más importantes son: insuficiencia de espacio para las secciones de Administración y para Proveeduría, inexistencia de espacio para Banco de Sangre y Plasma (una de las necesidades últimamente establecidas para todo Hospital del tipo del Clínicas), falta de talleres para conservación y reparación del edificio y de los institutos anexos, deficiencia de las salas para preparación de alimentos, inexistencia de comedores para empleados, deficiencia de la Farmacia y del Laboratorio en general (aún en construcción), deficiencia*

del equipo de la Lavandería, deficiencia del servicio de ascensores (se previó una ampliación).
Además de todo eso la falta casi completa del equipo hospitalario.
A las personas no entendidas, una visita al Hospital, les daría la impresión de que él está pronto para funcionar; sin embargo, con excepción de camas, colchones y parte de la ropa, mesas de luz, autoclaves de esterilización, de algunas mesas y lámparas de operaciones, la mayoría de los aparatos de Rayos X, autoclaves y cocinas, carros para transporte de comida y algunos otros accesorios, poco más existe del inmenso material hospitalario necesario para comenzar su funcionamiento. Faltan, por ejemplo, todo el material para el trabajo de las nurses, todo el instrumental quirúrgico (con excepción del de Oftalmología), todo el material de Fisioterapia, de Anestesia, de oxígeno-terapia, todo el equipo de las policlínicas, los innumerables formularios, todo el equipo y material de laboratorio, así como una infinidad de pequeñas cosas que son indispensables al buen funcionamiento de cualquier hospital. Dentro de poco tiempo, con la iniciación de los llamados a licitación que se irán publicando, todos podrán verificar la veracidad de lo que acabamos de afirmar.

***Pregunta**: Si el Hospital estuviese ya equipado ¿podría entrar, desde luego, en funcionamiento?*
***Respuesta:** No. Tanto o más que el equipo, importa su organización funcional. Decía el famoso Emerson en 1908, que "los principales instrumentos de la eficiencia no son los hombres, los materiales o el dinero, las máquinas o los métodos, sino las teorías y los principios de la organización". Y quien dice organización, dice selección, preparación y entrenamiento del personal, articulación de todos los servicios generales y médicos, elaboración de normas de trabajo, preparación de impresos que posibiliten aquella articulación, estudios de normas de control para salvaguardia de la economía del hospital, y todo esto es lo que estamos haciendo actualmente, auxiliados por varios técnicos de los diferentes sectores que constituyen un complejo hospital moderno.*
Una escuela de nurses y una escuela de auxiliares de enfermería están preparando activamente a los responsables de la asistencia inmediata de los enfermos. Cursos de laboratorio, Rayos X, fisioterapia, proveerán los respectivos técnicos.
Nurses, dietistas, contadores, archivistas, etc., están en sus respectivas reparticiones estudiando las normas de trabajo y el equipo necesario. La reforma completa de la Farmacia y el estudio de su equipamiento está a cargo de la Facultad de Química y Farmacia. Lo mismo acontece con los servicios odontológicos que han sido entregados a la Facultad de Odontología.
Todos esos problemas están siendo activamente estudiados por la Comisión del Hospital de Clínicas, que al mismo tiempo prepara los reglamentos generales que regularán el funcionamiento del Hospital.
La organización del Hospital de Clínicas de San Pablo demoró 3 años y el de la Santa Casa de Santos demoró un año y medio. La experiencia adquirida en la organización de esos hospitales y del material de estudio y organización

que yo traje, permitirán reducir a un tiempo récord la demora en la organización del Hospital de Clínicas de Montevideo y su consecuente habilitación. Por sugestión mía y al igual de lo que hicimos en San Pablo y Santos, estamos haciendo que varios servicios del Hospital funcionen aún sin enfermos, a fin de que habilitadas las primeras camas, ya exista personal entrenado".[8]

El 27 de febrero de 1951 se aprobó el Reglamento General del Hospital de Clínicas y se elevó al Consejo Central Universitario, que lo aprobó el 25 de abril.[9] Colaboró activamente en su redacción el Decano de la Facultad de Derecho, Dr. Juan P. Zeballos. También en cumplimiento de la ley, fue elevado el Proyecto de Presupuesto para 500 camas y servicios auxiliares, primera etapa de la habilitación, el 28 de junio. Luego de angustiantes momentos de zozobra ante la falta de recursos, de duras negociaciones del decano Cassinoni con las autoridades del Poder Ejecutivo e incluso de diferencias en el seno del Consejo de la Facultad, donde se discutía si habilitar después de ser aprobado el presupuesto o una habilitación parcial a cambio de recursos también parciales, el presupuesto fue aprobado en marzo de 1953, casi dos años después, sin ser sometido a retaceos. La cifra lograda fue la que se había proyectado.

Durante los años 1951 y 1952, en forma trabajosa y concienzuda, se fueron planificando la organización de los distintos servicios, haciendo los llamados a concurso, a aspirantes y a licitaciones, y haciendo las provisiones de los cargos necesarios a medida que se avanzaba. En estas tareas sobresalieron las actuaciones del Decano como coordinador de esfuerzos y del Dr. Ambrosoni como responsable del área organizativa. Todo se hizo bajo la supervisión permanente del Dr. Pedroso, desde São Paulo o en persona durante sus estadías en Montevideo.

El 13 de marzo de 1952 Pedroso informó a la Comisión extensamente sobre los problemas surgidos hasta el momento. Pedroso señaló los errores que veía en la marcha de la habilitación, la necesidad de completar totalmente el Servicio de Puerta, la falta de personal que impedía una habilitación rápida, la forma de escalonar los servicios clínicos a habilitar, y dio su opinión de cómo debía encararse la dirección futura del Hospital.[10]

La integración de la Comisión cambió en mayo de 1951. Permanecieron el decano Cassinoni y el delegado de los egresados, Ambrosoni. Entraron los profesores García Otero por los profesores del Consejo, y del Campo por los jefes de servicio del Hospital. Sustituyendo a Morquio ingresó el Br. Hugo García Olveira. Desaparecían los asesores nombrados por el Decano y por primera vez un estudiante representaba a su orden. Esta constitución se mantuvo hasta enero de 1954, salvo por el recambio anual del representante estudiantil por decisión de la Asociación de los Estudiantes de Medicina.

En los años 1952 y 1953 las tareas que insumieron mayor atención fueron las designaciones de personal, la aprobación de reglamentos, las gestiones por el presupuesto y la discusión y definición sobre la dirección del hospital.

La conducción de Cassinoni

Durante todo este período, desde el año 1950 al 1954, haciendo uso de sus excelentes virtudes pedagógicas, el Decano Mario Cassinoni fue elaborando informes que alejaban cualquier duda y daban razón de cada cargo, creado o heredado de la Comisión Honoraria, de cada gasto o inversión, y del estado del trámite en que se encontraba la habilitación del Hospital, para satisfacer las inquietudes generadas entre los hacedores de las leyes e incluso en los ambientes universitarios.

Constituye un claro ejemplo de lo antedicho el informe elevado por Cassinoni a los Representantes Salvador Ferrer Serra y Francisco Gilmet en junio de 1951, informe que el propio Decano describe así:

> *"En ese folleto de 65 páginas,[11] indicábamos cuáles fueron nuestros primeros pasos y los asesoramientos que habían requerido. Seguía luego otro prólogo, en el que se recordaba cuál había sido el proyecto de edificio primitivo y sus modificaciones posteriores; un análisis de la capacidad real del Hospital muchas veces exagerada; lo complejo de un hospital moderno y lo que había significado los 20 años en su construcción y habilitación en materia de envejecimiento del Hospital.*
> *El capítulo II comprendía el análisis del edificio, paso a paso, señalando las reformas que eran imprescindibles para su habilitación. También se señalaban nuevos locales imprescindibles para su habilitación y se analizaba con minuciosidad el estado en los servicios generales: instalaciones eléctricas, ascensores, gas, calefacción, aguas corrientes, etc.*
> *El capítulo III hablaba de los útiles e instrumental; prácticamente era necesario equipar el Hospital en su totalidad; tal era la conclusión de este capítulo que finalizaba con la enumeración de las licitaciones efectuadas.*
> *El capítulo IV estimaba con aproximación las obras a realizar y el costo del equipo.*
> *El capítulo V hablaba del plan de habilitación; de la necesidad de formar el personal auxiliar que el país carecía y de la organización de un plan que debía cumplir por etapas en forma sostenida pero sin apresuramientos, tal como se hace en organismos similares en todos los países del mundo y como lo habían establecido nuestros valiosos asesoramientos".*[12] *

* También *Marcha* el 7 de setiembre de 1951 se refiere a este informe en el artículo "Grandezas y miserias del Hospital de Clínicas", que pretende explicar los problemas en la habilitación a la población, inquieta por la demora en la puesta en marcha del Hospital.

Había dicho el Decano Abel Chifflet:

> *"El Hospital de Clínicas será lo que sea su funcionamiento. La construcción es el marco que impone determinado funcionamiento y nada más".*[13]

Tal vez quiso marcar una preocupación del momento, tanto como una motivación fundamental por la formación de los recursos humanos necesarios, en cantidad y calidad variadas que requería el nuevo establecimiento. Sin embargo, hasta ese momento, la energía y el eje de la discusión, se habían volcado para la mera tenencia del edificio. Sin duda no era esa frase un desconocimiento del valor arquitectónico de la obra, ni de los años que implicó su construcción. Pero el Hospital que se concebía ahora ya como una realidad palpable, era la unión del cuerpo (edificio) con el alma (los seres vivos que le darían carnadura a su funcionamiento). De ahí el acento puesto en un momento especialmente complejo. Se tenía el edificio y su posesión; pero se carecía de los recursos para hacerlo funcionar. Los recursos humanos, porque los demás vendrían por añadidura y no eran los fundamentales.

A lo largo de los años siguientes, particularmente durante el Decanato de Cassinoni, se buscaría concretar y se lograría articular la Escuela Universitaria de Enfermería y la Escuela de Colaboradores (inicialmente Auxiliares) del Médico, que junto a la Escuela de Nutrición y Dietética, de existencia anterior, constituirían el trípode sobre el que se cimentaría la naciente estructura hospitalaria. También se hizo presente la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina, a partir de su constitución y del nombramiento de sus autoridades el 27 de noviembre de 1952, pero ella poco incidía en el funcionamiento intrínseco del Hospital, y sí se valdría de él para poder hacer su tarea formativa.

El proyecto de hospital docente y universitario fue concretándose y afirmándose. Sus detalles fueron puliéndose y aquellos propósitos iniciales con número no bien definido de camas y servicios clínicos que se incorporarían al nuevo hospital, irían transformándose para ceder paso a las posibilidades reales que un nuevo género de obstáculos ofrecería al avance de este proyecto: la dotación de recursos presupuestales para el Hospital, que junto a la permanente batalla por los recursos para la Universidad, formó parte fundamental de la tarea de las autoridades universitarias y de la Dirección del Hospital durante la mayor parte de su historia.

Sobre la necesidad de un director para el Hospital

Desde el momento en que la Facultad de Medicina se hizo cargo del Hospital, una de sus principales inquietudes era quién iba a asumir la dirección del mismo. Más allá de la responsabilidad conceptual, que le cabía a las autoridades

universitarias, era necesaria una conducción ejecutiva que manejara todos los detalles de un gran hospital. En el país no había nadie preparado para ello ni existían las estructuras formativas en administración hospitalaria. Al mismo tiempo que el Decano Cassinoni y los miembros de la Comisión se introducían en los vericuetos organizativos encarando las necesidades y sus soluciones, contando con el asesoramiento de Odair Pacheco Pedroso, se planificaron los pasos para la formación de los técnicos de que se carecía. Se otorgaron dos becas para asistir al primer curso de entrenamiento en administración hospitalaria que organizó Pedroso en São Paulo, se programaron otras becas a EEUU y se decidió contratar dos asistentes de dirección. Para las becas a São Paulo se seleccionaron a los Dres. Célica Perdomo y Helvecio Tabárez. Finalizado el curso, ambos fueron contratados como asistentes, con funciones distintas.

Era obvio que los dos estaban interesados en la futura dirección. Pero ninguno de ellos satisfacía plenamente a las autoridades.* El propio Pedroso, en uno de sus múltiples consejos, había opinado que era preferible nombrar un director provisorio, un "organizador" temporal, que fuera asistido técnicamente por los dos becados, hasta que en un par de años se llamara a la provisión definitiva de la dirección, para así evitar la presión exagerada que sobre un técnico en administración ejercía el duro proceso de organización y puesta en funcionamiento del hospital. Incluso sugirió al Dr. Ambrosoni como candidato a la dirección provisoria. Este criterio fue aceptado por la Comisión y en abril de 1952, al mismo tiempo que se contrató a los becados como asistentes, se propuso la dirección interina a Ambrosoni, que había hecho una excelente labor organizativa. Éste, luego de estudiar el asunto detenidamente, rechazó el ofrecimiento, por razones éticas y para no abrir otro flanco de críticas a la Facultad.

Finalmente, y ante la insistencia estudiantil, que quería un director definitivo, en diciembre de 1952 se hicieron dos llamados a aspirantes: para Director del Hospital de Clínicas y para Jefe de la División Técnica del Hospital de Clínicas. Se presentaron los Dres. Tabárez, Perdomo y Juan C. Pravia. El 13 de mayo de 1953 se decidió dejar vacante el cargo de Director y se nombró a Tabárez como Jefe de la División Técnica, encomendándosele la dirección interina, de la que se hizo cargo en julio de 1953.

* Esta inquietud por formar técnicos en Administración Hospitalaria se mantuvo en los años siguientes y a pesar de los cursos locales que se fueron realizando. En 1957 el Br. Aron Nowinski se inscribió en un llamado internacional de 15 becas para especializarse en Administración Hospitalaria en Suecia. Ganó una de ellas y estuvo en Suecia hasta 1958, con la misión agregada, encomendada por la Facultad de Medicina, de "estudiar la organización administrativa de las escuelas de Post-graduados de los países que visite".

Helvecio Tabárez encargado interinamente de la dirección


Figura 2.- Helvecio Tabárez, encargado interinamente de la Dirección del Hospital.(FDAN).

Helvecio Tabárez Rossi (1910-1984) (Fig. 2) había egresado como médico el 26 de diciembre de 1944. Tuvo intensa militancia como estudiante. En los años de discusión de la pertenencia del Hospital de Clínicas, fue miembro del Consejo Directivo de la Facultad de Medicina en representación estudiantil. Posteriormente como miembro del Consejo Central Universitario y como periodista del semanario socialista *El Sol,* defendió en forma acalorada la posición universitaria. A partir de 1950, ya ganada la batalla, se interesó por la administración hospitalaria, y como vimos fue becado a São Paulo para luego ser contratado como asistente por la Comisión del Hospital de Clínicas. Gozó siempre del apoyo del Dr. Pedroso que lo consideraba el mejor alumno de su curso. Desde 1953, en que fue nombrado Jefe de la División Técnica del Hospital, hasta octubre de 1955, estuvo a cargo de la dirección interina del hospital. En ese período, el más difícil para ser director, cuando se habilitaba un enorme hospital con infinidad de actores, cada cual defendiendo derechos adquiridos en otros ámbitos y en otras circunstancias, su actuación generó encendidas polémicas.

No obstante las intensas exigencias de su trabajo, en el año 1954 organizó un curso sobre "Organización y administración hospitalaria", desarrollado en el Hospital de Clínicas, dividiendo su programa en tres partes: Primera parte: Administración general y hospitalaria, a cargo del Dr. Helvecio Tabárez, de junio a agosto, con 12 módulos. Segunda Parte: Arquitectura asistencial, con seis clases dadas por arquitectos durante setiembre. Tercera Parte: Órganos de la Salud Pública, a cargo del Dr. Tabárez, dos clases semanales durante setiembre, octubre y noviembre. Este fue el segundo curso de la naciente especialidad dictado en nuestro país. El primero, en 1951, también llevado a cabo en el Hospital de Clínicas, había sido patrocinado por el Ministerio de Salud Pública y organi-

zado por la Asociación de Administradores, Secretarios e Intendentes de Salud Pública (ADASI), con participación de disertantes nacionales y extranjeros.

A pesar de este intento docente, su gestión como director interino se vio cada vez más opacada en el curso del año 1954. Sus decisiones, o su falta de decisiones, provocaron reiteradas diferencias con el Decano, con los integrantes de la Comisión, con los jefes de los distintos servicios y con los funcionarios. El 15 de junio de 1954, el Cr. Darío Jourdan, asesor de la Dirección del Hospital a sugerencia de la Facultad de Ciencias Económicas y de Administración, elevó al Decano Interino de la Facultad de Medicina, Dr. Washington Buño, una nota acompañada de un informe de 15 páginas,[14] donde daba detalle de su gestión. Transcribimos, por su significación, la mencionada nota:

> *"Señor Decano:*
> *Desde octubre de 1953, fecha en que tuvimos la primera conversación con el entonces Decano Dr. Mario Cassinoni, hemos planteado clara y reiteradamente nuestra posición y nuestros problemas referentes a la administración del Hospital de Clínicas.*
> *Culminando esa serie de gestiones ante los Sres. Profesores que sucesivamente ocuparon el decanato, presentamos hace un mes, un informe completo sobre nuestra actuación, y en él volvimos a plantear una vez más nuestra inquietud porque se resolviera definitivamente sobre el particular.*
> *Han transcurrido casi diez meses desde aquella primera conversación con el Dr. Cassinoni, en lo que hemos visto confirmadas todas nuestras afirmaciones y todos nuestros temores. No es apresuradamente pues, que hemos llegado a la conclusión que nuestros servicios han dejado de ser útiles al Hospital, por cuanto no compartimos los procedimientos y los principios de administración que en él se aplican; no nos queda pues otro camino que abandonar la Institución con la amargura de la frustración de ver nuestra obra camino de un seguro fracaso, luego de cuatro años de dedicación entusiasta a lo que idealizamos como una gran obra social.*
> *Hubiéramos preferido irnos con la tranquilidad de un pronunciamiento claro de la Comisión sobre nuestra gestión, pero, lamentablemente tenemos que irnos solamente con la tranquilidad que nos da nuestra propia conciencia de haber actuado bien y honestamente, dando lo mejor de nuestros esfuerzos por la función que se nos confiara.*
> *Venimos pues Sr. Decano, a presentar nuestra renuncia al cargo de jefe de División Administrativa del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", que desempeñáramos hasta el día de hoy.*
> *Al terminar queremos expresar al Sr. Decano nuestro agradecimiento por la confianza personal y técnica que las autoridades de la Facultad de Medicina depositaron en nosotros, y muy especialmente por las atenciones que en el orden personal hemos recIbído de Ud".* *

* Copia de nota de renuncia del Cdor. Darío Jourdan del 15 de junio de 1954. (FDAN). Los subrayados van por cuenta de los autores.

Esta nota trasunta claro malestar del firmante con la Dirección y la Comisión del Hospital. Como consecuencia de los continuos desencuentros entre las autoridades del Hospital, en octubre el Decano informó a la Comisión que el Consejo Directivo de la Facultad había nombrado de su seno una Comisión Investigadora para examinar la actuación del Director y los jefes superiores del Hospital de Clínicas,[15] hecho que obviamente no fue del agrado de Tabárez.[16] En la búsqueda de antecedentes, fue posible rescatar de la documentación digitalizada existente en el Sindicato Médico del Uruguay, el informe confidencial de la Comisión designada por el Consejo de la Facultad de Medicina en octubre de 1954. La mencionada comisión del Consejo estuvo integrada por Euclides Peluffo, Mario Pareja Piñeyro y Carlos Gómez Haedo, y fue encargada de investigar la actuación del Director Interino del Hospital de Clínicas Dr. Helvecio Tabárez. Este documento, luego de una minuciosa investigación, y de una enumeración de los aspectos considerados positivos y negativos en la gestión de Tabárez, termina afirmando:

> *"No ha sido por fallas técnicas o de organización, que el juicio de esta Comisión Investigadora es condenatorio; ha sido la arbitrariedad y la violación de normas y de jerarquías fundamentales lo que ha pesado más para considerar la gestión del Director Interino del Hospital de Clínicas como inconveniente. Sabemos de las dificultades que ha afrontado la Facultad de Medicina y la Universidad para lograr el Hospital Universitario, y a lo que ella se puede exponer en tales momentos; pero a nosotros se nos solicitó una información y una opinión. No podríamos jamás sustraernos a ella. La Facultad debe prepararse para la ardua tarea, pero sin cerrar los ojos a la verdad".*[17]

Este extenso informe, que comprende 34 páginas tamaño oficio dactilografiadas a un espacio, en la versión que hemos consultado, es un claro ejemplo de los auténticos procedimientos universitarios. A la distancia de más de cincuenta años, permite establecer claramente cómo se procesó una situación anómala y cuáles fueron los parámetros de referencia de tres personalidades de nuestra Facultad de Medicina, que a lo largo de su vida mantuvieron una conducta intachable, que los ha hecho referentes éticos de la profesión. A la vez, es una magnífica enseñanza de cómo debería precaverse la Universidad y su Facultad de Medicina, para obtener de la Dirección de su Hospital la mejor actuación posible, eliminando vicios y desvíos.

El categórico informe no tuvo consecuencias inmediatas. Pero al año siguiente el desgaste de la gestión de Tabárez se fue intensificando. En agosto se sucedieron varios hechos. Por un lado se modificó la integración de la Comisión: renunció del Campo como Decano, asumió García Otero, se incorporaron Washington Ísola por los profesores y Ricardo Caritat Theoduloz por los estudiantes. Por otro lado se sucedieron varios incidentes que involucraron a

Tabárez. Opinó que las actuaciones del ingeniero, el arquitecto y los cambios organizativos promovidos por el anterior Decano habían producido efectos negativos; tuvo otra seria confrontación con los funcionarios y debió escuchar una severa crítica a su gestión hospitalaria hecha por los Dres. Carlos Stajano y Dinor Invernizzi, integrantes de la Comisión de la División Médica.[18] Como consecuencia de esta situación conflictiva, el Dr. Ísola, recién ingresado a la Comisión, responsabilizó al Director de la mala marcha del hospital y propuso que Tabárez se ocupara solo de la División Técnica (su cargo) y se otorgara la Dirección del Hospital al Prof. Stajano. A pesar de que éste aclarara que no se haría cargo de dicha tarea, la propuesta de Ísola se mantuvo y fue apoyada por otro integrante, ante lo cual Tabárez respondió que la Comisión estaba en un error y que no correspondía a la División Médica intervenir en la gestión de la Dirección. Esta violenta sesión, prolongada durante varias horas, revela que la situación era explosiva y que la dirección de Tabárez, a quien se hacía responsable final, no parecía tener futuro. Efectivamente, en octubre el encargado de la Dirección dejó de concurrir a las sesiones de la Comisión y finalmente presentó renuncia, comunicada por el Rectorado a la Comisión, declarando vacante el cargo de Jefe de División Técnica del Hospital.[19]

Inauguración del Hospital

El proyecto de hospital docente y universitario fue concretándose y afirmándose. También se fue consolidando un obstáculo que desde entonces habría que sortear en forma permanente: la escasez de recursos presupuestales. Las actas de la Comisión del Hospital de Clínicas y del Consejo Directivo de la Facultad abundan en discusiones, propuestas, esperanzas y frustraciones alrededor de los aportes presupuestales. Como consecuencia de estas carencias y de las consiguientes discusiones, poco a poco, fue haciéndose unánime la decisión de no habilitar el Hospital hasta no tener aprobado su presupuesto en el Parlamento, y entonces hacerlo en forma progresiva.

A principios de 1952 comenzaron a funcionar dos secciones: la Sala de Máquinas, Mantenimiento y Calderas y la Cocina. En marzo comenzó a funcionar el primer servicio médico en el Hospital: la Central de Sangre y Plasma, dirigida por el Dr. Dinor Invernizzi, cofundador de esta dependencia de la Facultad junto a Julio C. García Otero y Pedro Larghero. En abril la Facultad aprobó el Plan de Habilitación Progresiva: primeramente 50 camas de Medicina, luego, en forma sucesiva, 50 camas de Cirugía, otras 50 de Medicina y otras 50 de Cirugía. Un mes después había trabajando en el hospital 43 personas

contratadas, la mayoría para cargos técnicos, junto con unos pocos funcionarios presupuestados con anterioridad, por la Comisión Honoraria.*

En el segundo semestre de 1952 se aprobaron varios reglamentos de servicios médicos auxiliares: Radiodiagnóstico, Física Médica, Central de Sangre y Plasma, Anestesia y Gasoterapia, Laboratorio Central, Laboratorio Cardiológico, Laboratorio de Anatomía Patológica, así como de las secciones administrativas, del Departamento de Alimentación, y del Archivo Médico y Estadística. También se aprobó el reglamento sobre el Director del Hospital.



Figura 3.- Pablo Purriel, Profesor de Clínica Semiológica, inauguró con su Servicio la internación en el Hospital de Clínicas el 23 de setiembre de 1953.

En enero de 1953 el Senado aprueba el presupuesto del Hospital de Clínicas, sin modificar la propuesta inicial, con lo que se agilizan los procedimientos para la habilitación.

Finalmente, el 21 de setiembre de 1953 ingresaron los primeros pacientes. Esta fecha es considerada la inauguración del Hospital de Clínicas. Ese día se habilitaron 50 camas en el Piso 8 para la Clínica Semiológica del Prof. Pablo Purriel (Fig. 3), hasta ese momento en el Hospital Maciel (Fig. 4). El primer internado (Nº de Registro 000.001) fue el Sr. Radamés Piendibene, sobrino del famoso futbolista, llevado por uno de los jefes de clínica de la Clínica Semiológica, el Dr. Juan Jorge Ravera, quien así narró el hecho:

> *"El reparto, como digo, lo hacía Rada, Radamés Piendibene, hijo de Carlos Piendibene el pintor, y por lo tanto sobrino de Domingo y de José "el maestro". Radamés, a quien también llamábamos "Radicha" era lo más parecido a un santo que pude haber conocido, mayor que nosotros, tenía una gran*

* El primer funcionario fue Enrique Antiga, incorporado el 1º de diciembre de 1926 como secretario de la Comisión. En el año 1929 se contrató un peón para tareas generales y en 1931 un jardinero. A partir de 1947 fueron ingresando diversos operarios para las funciones que se iban agregando.



Figura 4.- Personal de la Clínica Semiológica captado en el Hospital Maciel antes de su traslado al Hospital de Clínicas. De izq. a der.; sentados: Olga Muras, Mario Arcos Pérez, Pablo Purriel, Sra. de Vilaró (archivista), Juan Jorge Ravera, Srta. Winterhalter (ayudante); de pie: Roberto Masliah, Walter Espasandín, Jorge Traibel, Joaquín Purcallas, Héctor Miquelarena, Jorge Bouton, Jorge di Lorenzo, Roberto Peroni, Alberto Grille, Raúl González Puig, César Aguirre, Diego Castellazzi (enfermero) y Abel Proto. (De Ravera J.J.: Pablo Purriel (1905-1975). En Gutiérrez Blanco H.: Médicos uruguayos ejemplares. Tomo 1, 1988, Buenos Aires, Prensa Médica Argentina).

paciencia con toda la chiquilinada, y los domingos barría y preparaba bien el carro, cepillaba al caballo luego de bañarlo, que quedaba más cuidado que una persona, y nos llevaba por el repecho de Pereyra hasta la Estación Pocitos, donde estaba el Latino. No puedo dejar de tributarle mi homenaje a Rada, un muchacho de poca salud, portador de una cardiopatía congénita, a quien atendí durante tantos años, y con quien se inauguró el Hospital de Clínicas en 1953. Yo que fui uno de los seis primeros médicos del servicio del Profesor Purriel que empezamos a atender y hacer guardias en el enorme hospital, llevé a mi viejo amigo para que allí recibiera los mejores cuidados. Si alguien investiga en el Archivo General de nuestro hospital encontrará que el Registro Nº 000001 le corresponde a Radamés Piendibene. Noble y agradecido el viejo amigo me obsequió una linda volantita para pasear a mi primogénito el Dr. Jorge Ravera (jr.)".[20]

Además de la internación en Piso 8, funcionaban el Departamento de Enfermería y los siguientes servicios médicos: Anestesia y Gasoterapia (Dr. Alfredo Pernin) funcionando solo el sector Gasoterapia; Radiodiagnóstico (Dres. Nicolás Caubarrère y Eugenio Zerboni); Laboratorio Central (Dr. Norris Surraco); Anatomía Patológica (Prof. Pedro Ferreira Berrutti); Emergencia (en horario parcial), Central de Sangre y Plasma (Dr. Dinor Invernizzi). Para los internados funcionaban Física Médica (Prof. Mario Cassinoni), Oftalmología (Prof. Washington Ísola) y Dpto. de Alimentación (Dr. Alberto Munilla).

A través de las figuras 5 a 21 se pueden ver distintos aspectos del funcionamiento del Hospital en esta época. Desde los pasos que seguía un paciente antes de su llegada a la sala de internación, hasta la imagen que ofrecían las distintas áreas del servicio asistencial, administrativo y de apoyo que prestaba.



Figura 5.- Hall de entrada.(AFHC).



Figura 6.- Pasaje por el Departamento de Admisión.(AFHC).



Figura 7.- Llegada de una ambulancia con una paciente. (AFHC).



FACULTAD DE MEDICINA

Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela"

FICHA DE REGISTRO

NOMBRE

FECHA | Nº

NACIONALIDAD | FECHA | LUG. NAC.

EDAD | SEXO | E. CIVIL | RAZA

DOCUMENTO QUE PRESENTA

DIRECCION

CIUDAD | DEPARTAMENTO

PERSONA A SER NOTIFICADA

DIRECCION | TELEFONO

ENVIADO POR

DIRECCION

NOMBRE PADRE

NOMBRE MADRE

NOMBRE CONYUGUE

PROFESION

LUGAR DE TRABAJO

HIJOS | DEP. TOT. | DEP. PARC.

SUELDO MENSUAL | Nº DEPENDIENTES | ENTRADA TOTAL

TIENE BIENES? | CUALES? | DONDE?

ES SOCIO DE MUTUALISTA? CUAL?

DECLARANTE | REGISTRANTE | HORA

SERVICIO

INTERNACION

ALTA HOSPITALARIA

ALTA DEFINITIVA

Figura 8.- Ficha de registro. (AFHC).


Figura 9.- Traslado de paciente en ascensor hasta el piso de internación. (AFHC):


Figura 10.- Hall central de los pisos de internación. (FDAN).



Figura 11.- Parte del patio central y corredor este de los pisos de internación. (FDAN).



Figura 12.- Bocetos de uniformes para enfermeras y enfermeros. (AFHC).



Figura 13.- Taller de costura. (AFHC).

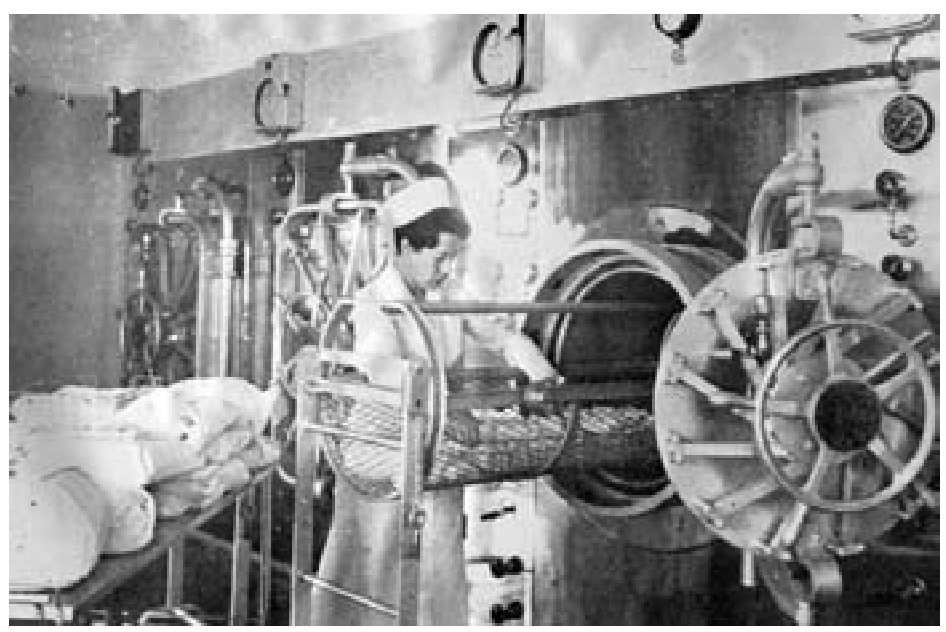


Figura 14.- Centro de materiales estériles. (AFHC).



Figura 15.- Lavadero. (AFHC).

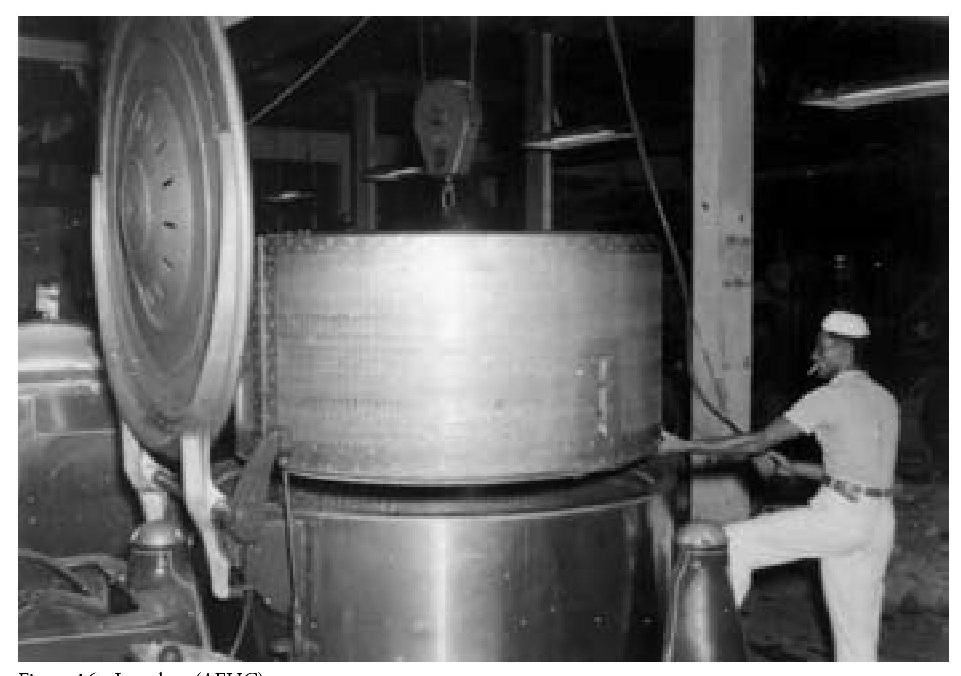


Figura 16.- Lavadero.(AFHC).



Figura 17.- Lavadero. (AFHC).



Figura 18.- Cocina. (AFHC).



Figura 19.- Cocina. (AFHC).



Figura 20.- Cocina.(AFHC).



Figura 21.- Cocina. (AFHC).

La prensa ante la inauguración

Obviamente, la inauguración de la internación en el Hospital de Clínicas no pasó desapercIbída para la prensa, luego de tantos años reclamando su funcionamiento pleno. Los comentarios de la prensa fueron en general elogiosos.

El semanario socialista *El Sol*, publicó un artículo el 30 de setiembre, firmado por Guillermo Chifflet, titulado "*El Hospital de Clínicas. Magnífica realización de los técnicos universitarios. Habilitación científica y planificada*" (Fig. 22), en el que explica los motivos dados por las autoridades universitarias para la habilitación progresiva.[21]

Por su parte, el 24 de setiembre, el diario vespertino *El Plata,* que respondía a una fracción nacionalista, expresaba en forma irónica y mal intencionada:



El HOSPITAL de CLINICAS

Magnífica Realización

de los Técnicos Universitarios

Habilitación Científica y Planificada

Figura 22. Opiniones de la prensa. *El Sol*, 30 de setiembre de 1953. (FDAN).

"YA ESTÁ VIVITO Y COLEANDO EL HOSPITAL MANUEL QUINTELA, CON UNA CAPACIDAD PARA 1500 ENFERMOS ACOGE A 22.
1500 camas, para sus correspondientes enfermos, tiene el Hospital de Clínicas "Manuel Quintela", y ya se puede calcular lo que logra contribuir al descongesionamiento de los otros locales hospitalarios, de cuyas condiciones vale más no hablar.
Además, en buena parte de esa misma deficiencia de capacidad, la asistencia y la docencia, por más esfuerzos y sacrificios que hacen asistentes y docentes, se realizan en forma deficiente. Pero la contribución del Hospital "Manuel Quintela" mejora todo eso, no solamente por el alivio de la congestión de los locales, sino porque aquél satisface las exigencias más extremas de la docencia y de la asistencia.
Y el Hospital "Manuel Quintela" está ya funcionando. Por aquello de que no hay plazo que no se cumpla, fue inaugurado el lunes último. ¿Y saben nuestros lectores qué número de asilados están ya recibiendo las bendiciones que puede ofrecer a la humanidad doliente un monumento arquitectónico y científico de tales proporciones? No lo saben, seguramente, pero pueden calcular. Pues calculen, y no por lo bajito, que no caben miserias ni tacañerías en caso semejante. ¿Cuántos creen que ya se asisten allá? Pues 22, veintidós, lo confirmamos en letras para evitar confusiones. ¿Qué te parece cholito? ¿Semos o no semos?
Así ha ocurrido que, desde hace tres días, los demás hospitales han quedado desiertos, ya que únicamente aquellos enfermos que, como los gatos, aman al edificio y no al dueño, permanecen allí.
Bromas aparte, que si el caso tiene ribetes de una comicidad irresistible, resulta en el fondo muy serio, debemos y queremos creer que tendrá de inmediato una creciente aplicación el Hospital "Manuel Quintela", como lo demandan la salud de la población y la cultura del País. Esperamos que todos quienes algo puedan realizar en ese terreno lo harán, y no podemos dejar de reconocer que en la más alta autoridad administrativa y ejecutiva de la Nación actúan médicos distinguidos a quienes no puede ser indiferente un asunto de tal naturaleza, y entre tales autoridades debemos señalar de modo especialísimo al Dr. Eduardo Blanco Acevedo a quien ha correspondido parte importantísima en la realización de la iniciativa del Hospital mencionado.
Y no dudamos de que todos ellos, sin desmedro de una autonomía que no puede consistir en la esterilización de una obra que ha costado tantos millones, pugnarán por que al fin ella sea una realidad provechosa para el País, no una ficción encerrada en un edificio monumental.
Dijimos, en el título y en el texto que en el Hospital "Manuel Quintela" se asisten 22 enfermos. Un deber de lealtad periodística nos impone rectificarnos: no son 22, son 21, pues ayer falleció uno".[22]

Respondiendo a estas críticas, el diario batllista oficialista *Acción* publicó dos artículos sin firma, los días 28 (Fig. 23) y 30 de setiembre, en los que se


ACCION

El Hospital de Clínicas es Ya una Realidad en Marcha

EN EL FUTURO SERA MOTIVO DE LEGITIMO ORGULLO DEL PUEBLO URUGUAYO

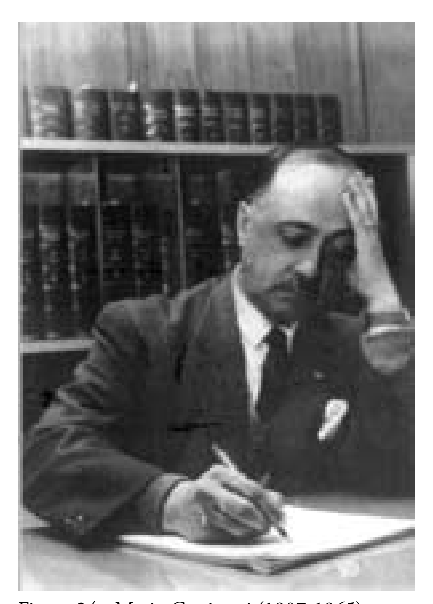
Figura 23.- Opiniones de la prensa. *Acción,* 28 de setiembre de 1953. (FDAN).

justifica la habilitación progresiva y elogia la conducta seguida, haciendo referencia a una conferencia de prensa dada por el Decano Dr. Cassinoni. Expresa:

> *"El número de enfermos es pequeño. Pero ¿Qué se quería? ¿Qué el Hospital hubiera hecho una manifestación pública con los enfermos de Montevideo y esa manifestación hubiera terminado en el abarrotamiento de sus salas? ¿Para qué?"… "Lo que más convenía al Hospital era una puesta paulatina en funcionamiento".*[23]

Datos biográficos de Mario Cassinoni

Hemos utilizado como fuente principal para esta reseña biográfica la semblanza escrita por Pablo V. Carlevaro y publicada en el segundo tomo de *Médicos uruguayos ejemplares*.[24]


Figura 24.- Mario Cassinoni (1907-1965).

Mario Alcides Cassinoni Rodríguez (Fig. 24) nació en la ciudad de Mercedes en octubre de 1907. En su ciudad natal realizó los estudios primarios e inició los secundarios. Completó estos (Preparatorios) en Montevideo. En 1926 ingresó a la Facultad de Medicina. Durante su época estudiantil compartió el pensionado con varios compañeros estudiantes de Medicina, como Abel Chifflet, José Pedro Otero, José Luis Roglia, y Werner Liesegang, formando un grupo fraterno que a menudo se ampliaba con otros compañeros del interior, moradores

de otras pensiones, como Juan José Crottogini, Germán Mernies, Héctor Ardao y José Pedro Cardoso, entre otros.

Desde temprano se destacó como militante gremial y luego político. Como estudiante, trabajó intensamente en la Asociación de los Estudiantes de Medicina, de la cual fue miembro de la Comisión Directiva, Secretario General, Redactor de *El Estudiante Libre* y delegado ante la Federación de Estudiantes Universitarios del Uruguay, fundada en 1929. Integró, pues, la generación iniciadora de la FEUU, empapada en lo universitario de los ideales reformistas de Córdoba de 1918, y que en lo social cobijaba propuestas socialistas y libertarias, por lo que poco después se enfrentaría a la dictadura de Terra y más adelante apoyaría y viviría como propia la causa republicana en España.

Una vez recibido como médico, el 3 de marzo de 1937, continuó su militancia gremial desde el Sindicato Médico del Uruguay. Fue miembro del Comité Ejecutivo y redactor de *Acción Sindical*. En esta etapa fue elegido por los estudiantes como delegado ante el Consejo Directivo de la Facultad.

Como militante político se afilió en 1931 al Partido Socialista, donde trabajó en las bases juveniles en todo tipo de tareas, hasta ocupar cargos de dirección partidaria.

A la par de su intensa militancia estudiantil, fue desarrollando una carrera docente dentro de la Facultad. En 1931 ingresó como Ayudante de Fisiología, titular, por concurso de pruebas. Finalizado el desempeño de este cargo, fue, siempre por concurso, Ayudante primero y luego Jefe del Laboratorio de Electrología del Instituto de Neurología. Más adelante, en 1946, pasó a ser Médico Jefe en el Instituto de Radiología, y el 5 de junio de 1947 fue designado Profesor de Física Médica en carácter titular.[25]

Desarrolló su actividad profesional en el Consultorio Radiológico del Dr. Pedro Barcia, junto al también mercedario Leandro Zubiaurre, posteriormente Profesor de Radiología.

En mayo de 1949 el Decano de la Facultad de Medicina, Abel Chifflet, renunció a su cargo faltando poco menos de un año para completar su período. Para sustituirlo, el Consejo eligió a Mario Cassinoni, poco antes nombrado Profesor titular. Tenía 41 años. Al año siguiente fue reelecto por un período completo.[26]

En su accionar como Decano, se percibe que las distintas motivaciones que habían llevado a Cassinoni a militar como estudiante, como médico y como político, convergen en una causa común: la causa universitaria. Esta vivía un momento crítico por la tajante oposición entre la Universidad (particularmente la Facultad de Medicina), y sectores del gobierno, respecto al destino a dar al Hospital de Clínicas, ya finalizada su construcción y pronto a habilitar, como hemos visto en páginas anteriores. La capacidad y el carisma del nuevo Decano, puestos plenamente de manifiesto en el proceso, fueron un factor fundamental

para la culminación con la ley de junio de 1950 y el otorgamiento de la gestión del Hospital a la Facultad de Medicina. Finalmente, en nombre de las autoridades de la Facultad de Medicina, Cassinoni recibió el Hospital de Clínicas el 4 de agosto de 1950.

Logrado este objetivo, enfrentó Cassinoni un desafío aun mayor, el de poner en marcha al Hospital. Ya no se trataba de un enfrentamiento con autoridades del gobierno sino de emprender una tarea de armonización de recursos e intereses de la propia Facultad y de encaminar la formación de todos los recursos humanos necesarios para la marcha de un hospital moderno. Basado en su concepción de los principios universitarios, en su tolerancia y en sus permanentes esfuerzos de convicción, su tarea volvió a culminar con éxito. Se logró la habilitación del Hospital en forma progresiva; la formación de recursos humanos a cargo de los organismos universitarios existentes o creados a esos fines; la adquisición de los recursos materiales necesarios y, finalmente, en setiembre de 1953, la inauguración del Hospital para internación. Todo ello a través de una constante justificación de los recursos económicos necesarios, una disposición sin límites para escuchar críticas infundadas y confrontarlas con argumentos sólidos, y una paciencia fuera de lo común para no empantanarse en discusiones por asuntos banales o intereses puramente personales. Es cierto que no estuvo solo, que recibió la colaboración individual de varias personas de su entorno como, para dar un ejemplo, Manuel Ambrosoni, y que, sobre todo, contó con el apoyo explícito y permanente de los distintos órdenes de la Facultad, en particular de los estudiantes. Pero esos apoyos fueron posibles por esa capacidad de Cassinoni para discernir lo importante de lo accesorio y para administrar los esfuerzos del conjunto de voluntades que lo rodeaban. Sin Cassinoni esta etapa habría transcurrido, sin duda, con desbordes arbitrarios, resentimientos, enfrentamientos y heridas de lenta curación.

A principios de 1954 Cassinoni finalizó su período como Decano, habiendo cumplido con su mayor compromiso: hacer andar el Hospital de Clínicas. Pero no era esa su única realización. Funcionaba exitosamente la Escuela Universitaria de Enfermería, al frente de la cual se había designado a Dora Ibarburu. Estaba en marcha, con la dirección de Eugenio Fulquet, la Sección de Auxiliares del Médico. Y también era una realidad la Escuela del Graduados, cuya primera Comisión Directiva fue designada el 27 de noviembre de 1952 y cuyo primer Director fue Juan Carlos del Campo. Este último fue elegido como Decano sucediendo a Cassinoni y éste, a su vez, pasó entonces a dirigir la Escuela de Graduados.

En noviembre de 1954 Cassinoni fue electo diputado por el Partido Socialista y ocupó la banca en la siguiente Legislatura hasta que, en 1956, renunció para ocupar el cargo de Rector de la Universidad, sucediendo al Arq. Leopoldo Agorio. Comenzó entonces otra etapa trascendente de la vida de Cassinoni, que

ya tenía suficiente para descollar y ser recordado por las etapas de militancia gremial y como Decano.

Durante ocho años ocupó el Rectorado. Fueron años duros para la Universidad por el asedio casi constante de la prensa y distintas autoridades nacionales. Los primeros años estuvieron dominados por la campaña a favor de la nueva Ley Orgánica para la Universidad, elaborada por el Claustro y a consideración del Parlamento. Luego de intensas discusiones a todo nivel, de movilizaciones estudiantiles y de represión policial de las mismas, la nueva ley fue finalmente aprobada en octubre de 1958. En estos años Cassinoni, no solo como Rector, sino como defensor convencido de las bondades de la autonomía y del cogobierno, se transformó en símbolo de la Universidad para los universitarios y, para los opositores a la nueva Ley Orgánica, en el principal destinatario de sus ataques e insidias.

Aprobada la ley, al igual que lo sucedido con el Hospital de Clínicas, comenzaba la reforma responsable de la Universidad para adaptarla a la nueva ley y los nuevos tiempos. También ahí la personalidad de Cassinoni fue determinante. Ello se ve en las creaciones y frutos de su Rectorado.

Dentro de sus realizaciones como Rector, sobresale la fundación de la Estación Experimental de la Facultad de Agronomía de Paysandú, que hoy lleva su nombre, ejemplo de desarrollo universitario hacia el interior del país tanto en la docencia como en la investigación. También fue de suma importancia la creación del Departamento de Bienestar Estudiantil, cuya primera Comisión Directiva se constituyó el 7 de febrero de 1957 con la presidencia del Arq. Leopoldo Agorio y cuyo primer Jefe de Departamento fue, concurso mediante, el Br. Aron Nowinski. A través del Dpto. de Bienestar Estudiantil se organizó el Comedor Universitario, se otorgaron becas de ayuda económica o préstamos a estudiantes, se hicieron ofrecimientos y pedidos de habitación para estudiantes del Interior, y se puso en marcha el proyecto de Hogar Estudiantil. Con esta última finalidad, el 28 de febrero de 1959 la Universidad adquirió, en favorables condiciones, por una suma cercana al millón de pesos, la quinta de Euskal Erria, con poco menos de 9 hectáreas. Acto seguido se llamó a concurso de anteproyectos para el Hogar Estudiantil, fallado el 4 de marzo de 1960 a favor de los arquitectos Justino Serralta y Carlos Clemot. El destino final de la obra fue la Facultad de Ciencias, muchos años después. Otras realizaciones de Casssinoni fueron: fortalecimiento de las publicaciones universitarias a través del Departamento de Publicaciones, cuya conducción fuera confiada a José B. Gomensoro; creación del Departamento de Extensión Universitaria y Acción Social; ordenamiento institucional, que incluyó el presupuesto y la promoción de textos normativos; organización de las "semanas del interior", con difusión de la cultura universitaria, que incluyeron los cursos universitarios de verano.[27]

Pocos meses luego de haber cesado como Rector, el 5 de junio de 1965, a los 57 años, murió Cassinoni.

El paso del tiempo permite calificar como de suma importancia la obra de Cassinoni Decano y Cassinoni Rector. Como Rector, puede ser equivalente a la de los mejores rectores: Alfredo Vásquez Acevedo o Eduardo Acevedo. Como Decano, puede equipararse a Manuel Quintela, Américo Ricaldoni, Alfredo Navarro o Julio César García Otero. Refiriéndonos en particular al Hospital de Clínicas, su nombre debe figurar entre sus hacedores más ilustres: Manuel Quintela, Eduardo Blanco Acevedo, Carlos Surraco. Pero aparte de lo que realizó en vida, Cassinoni se ha transformado en un paradigma por la calidad de su personalidad humana y universitaria. Personalidad que Carlevaro ha definido con precisión con las siguientes palabras:

> *"En Cassinoni convergen y se concretan ideales, valores y estilos del ser universitario que tienen hondas raíces que lo precedieron, que él unió y amalgamó plenamente en su condición de intérprete de la generación a la que perteneció, y que proyectados hacia los tiempos que lo sucedieron ponen en evidencia la fuerza de las ideas, la coherencia y la persistencia de la conducta y el impulso dinámico e indeclinable para la transformación, el progreso y la gestación de nuevas realidades*
> *Todo ello fue ejecutado por Mario Cassinoni con un estilo personal admirable, que le permitió trabajar constructivamente con todos, aunando lo que estaba en la opinión y el pensamiento positivo de todos, estimulando la participación de todos –sin excluir a nadie, sin el menor asomo de sectarismo- preservando la inestimable riqueza que existe en la diversidad en una institución siempre y necesariamente abierta a las ideas, al pensamiento, a la opinión libre de sus miembros y a la crítica".*[28]

Datos biográficos de Odair Pacheco Pedroso[29]

Odair Pacheco Pedroso (Fig.25) nació en 1909 en la ciudad de São Paulo y falleció en la misma ciudad en 1981. Pacheco fue su apellido materno, Pedroso su apellido paterno.

Graduado de médico en 1932, a partir de 1936 se dedicó enteramente a la administración hospitalaria. Siguiendo el ejemplo de su padre el Dr. Alexandrino Pedroso, se inició tempranamente en la preocupación por los problemas médico-sociales, en particular por el estudio de la asistencia hospitalaria.

El Ministerio de Salud Pública del Brasil, entonces con sede en Río de Janeiro, comenzó a dictar cursos de Organización y Administración Hospitalaria en el año 1943, desde el Departamento Nacional de Salud, hasta el año 1958, cuando pasaron desde 1959 y hasta 1964, a cargo de la Escuela Nacional de Salud Pública.


Figura 25.- Odair Pacheco Pedroso (1909- 1981). (FDAN).

El Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo se inauguró en 1944, habiendo participado en su organización el Dr. Pedroso. El gobierno del Estado de São Paulo lo envió entonces a EEUU a estudiar organización hospitalaria. En 1950 actuó como Asistente en la Superintendencia del Hospital de Clínicas de São Paulo.

En mayo de 1951 se inició en la Facultad de Higiene y Salud Pública de São Paulo el primer curso regular, de nivel universitario, de Administración Hospitalaria en América Latina, bajo la responsabilidad del Prof. Pedroso.

Fue fundador de la Asociación Paulista de Hospitales en 1952 y editor de su revista desde 1953.

Su contribución en el campo de la administración hospitalaria y de la salud pública fué muy importante. Es responsable por la implantación en el Brasil, donde fue pionero, de una administración hospitalaria profesional, con base científica. Preocupado siempre por una asistencia hospitalaria eficiente, lógica, humana y segura para el paciente; que el personal tuviera una mejor formación y un adiestramiento continuo y que el médico tuviera más recursos y mejores condiciones para el desempeño de su trabajo. Señalaba que el administrador hospitalario fuera consciente de sus responsabilidades directas en los resultados positivos o negativos de la administración. Encaraba al hospital como un todo, que depende de la función de cada uno, en el que todas las funciones son igualmente importantes.

Fue consultor hospitalario en asesoramiento, planeamiento, construcción y habilitación de más de 300 instituciones asistenciales en Brasil y en otros países como Argentina, Ecuador, Honduras, Panamá, Perú y Uruguay.

En la Argentina en diciembre de 1955, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la Nación presentó ante la OPS/OMS una solicitud de cooperación para reorientar los servicios de salud del país. Fue designado el Prof. Pacheco Pedroso quien durante el año 1956 visitó cerca de 100 instituciones asistenciales de todos los tipos ubicados en once provincias incluyendo la Capital Federal. En su informe[30] el Dr Pedroso señaló, como inconvenientes importantes de la administración por parte del Gobierno Federal, la excesiva burocratización, el abastecimiento centralizado, la centralización de la administración,

los presupuestos insuficientes, la baja retribución de los profesionales y del resto del personal y el "sistema político de nombramiento de directores y administradores con la consiguiente falta de continuidad administrativa" que les restaba autoridad y responsabilidad.

En Uruguay apenas se hizo cargo del Hospital de Clínicas, la Facultad de Medicina tomó diversas medidas para la organización del futuro gran centro asistencial y docente. Se aseguró el asesoramiento de la Facultad de Ciencias Económicas, obtuvo el asesoramiento de la Facultad de Ingeniería, confirmó al Arq. Surraco como asesor, obtuvo el asesoramiento de las Facultades de Química y Farmacia y de Odontología y comprometió la colaboración de la Universidad de São Paulo para el asesoramiento técnico, contratando al Dr. Odair Pacheco Pedroso, en ese momento Asistente del Hospital de Clínicas de São Paulo.[31] En la entrevista que le realizó el Sindicato Médico del Uruguay, publicada en su revista *Acción Sindical* [32] está incluido su plan de acción para la habilitación y funcionamiento del Hospital.[33]

En enero de 1954 la Facultad de Medicina resolvió invitar al Prof. Pedroso a venir a Montevideo "a rendirle un homenaje justiciero a quien echó las bases racionales de la organización del Hospital de Clínicas".[34] El 13 de junio de 1980, en su último viaje a Montevideo, la Facultad de Medicina le otorgó el título de Doctor Honoris Causa.[35]

El Prof. Pedroso se jubiló en 1979 y se le distinguió como Profesor Emérito. Su última y mayor obra fue el Hospital Comunitario de Cotía en el Estado de São Paulo cuya Secretaría de Salud lo reconoció como modelo, por la filosofía de organización y funcionamiento implantada en la institución. En este Hospital continuó hasta el final de su vida el 2 de octubre de 1981.

CAPÍTULO IX

EL HOSPITAL COMIENZA A ANDAR

Los decanos de la Facultad de Medicina
La Comisión del Hospital de Clínicas después de Cassinoni
Habilitación progresiva
La biblioteca del Hospital
A la búsqueda de un Director
La Dirección de Hugo Enríquez
Un año sin Director

Los Decanos de la Facultad de Medicina

Desde el momento en que el Hospital de Clínicas pasó a ser gestionado por la Facultad de Medicina en 1950 hasta la Intervención en 1974, ejercieron el decanato de la Facultad varios profesores. Hasta el 11 de noviembre de1960, fecha en que el Consejo Directivo Central de la Universidad aprobó la Ordenanza del Hospital de Clínicas "Dr, Manuel Quintela", de acuerdo a la Ley Orgánica de la Universidad de la República (Ley Nº 12.549, aprobada el 15 de octubre de 1958), los decanos fueron los responsables directos de la dirección del Hospital. A partir de 1961, la dirección pasó a ser responsabilidad de la Comisión Directiva del Hospital, sin perjuicio de depender del Consejo Directivo de la Facultad de Medicina, presidido por el Decano. Fueron dos períodos claramente distintos en lo que respecta a la interrelación de las direcciones del Hospital y de la Facultad. Es de interés recordar quiénes fueron los decanos de la Facultad de Medicina en esos períodos. Ellos fueron: Mario Cassinoni (1949-1950 y 1950-1954), Juan Carlos del Campo (1954-1955), Julio César García

Otero (1956-1958), Juan J. Crottogini (1958-1962), Washington Buño (1963-1966), Hermógenes Álvarez (1966-1969) y Pablo V. Carlevaro (1969-1973). Dos de estos decanos, Cassinoni y Crottogini, fueron, con posterioridad a sus decanatos, designados Rector de la Universidad.

La Comisión del Hospital de Clínicas después de Cassinoni

En enero de 1954 Mario Cassinoni renunció al decanato y en consecuencia a la presidencia de la Comisión del Hospital de Clínicas. Había cumplido con creces su voluntad de dejar funcionando el hospital universitario, luego de vencer mil obstáculos. Culminaba un decanato ejemplar, del que la puesta en marcha del Hospital de Clínicas fue solo un ejemplo. A pesar de todo lo logrado, no estaba al fin de su trayectoria universitaria. Pronto ocuparía la dirección de la Escuela de Graduados, otra de sus obras, y poco después, en 1956, pasaría a desempeñar un rectorado de 8 años que dejó una huella imborrable en la Universidad. Había demostrado que con tolerancia y buena voluntad, es posible construir el futuro entre todos.

Una vez producido el cese de Cassinoni como Decano en 1954, la Comisión del Hospital de Clínicas fue presidida por los sucesivos decanos hasta que, aprobada la Ordenanza del Hospital de Clínicas en 1960, sobre las nuevas bases asentadas en la Ley Orgánica de la Universidad de 1958, la flamante Comisión Directiva del Hospital de Clínicas, más autónoma, más ágil, comenzó su actuación en 1961 bajo la presidencia del Profesor Agregado Dr. Constancio E. Castells. Hasta ese momento la Comisión estuvo presidida por los siguientes decanos titulares: Juan Carlos del Campo (junio 1954 a junio 1955), Julio César García Otero (setiembre 1955 a abril 1958), y Juan José Crottogini (agosto 1958 a enero 1961). Actuaron presidiendo la Comisión como decanos interinos: García Otero (enero a abril de 1954 y junio a setiembre de 1955), Washington Buño (abril a junio de 1954), Crottogini (mayo a agosto de 1957), José Pedro Migliaro (diciembre de 1957) y Diamante Bennati (abril a agosto de 1958).

Como delegados de los profesores, desde setiembre de 1950 a diciembre de 1960 actuaron: Carlos Amorín (setiembre 1950 a enero 1951), José Piquinela (enero a mayo 1951), J. C. del Campo (mayo 1951 a junio 1954), J. C. García Otero (mayo 1951 a junio 1954 y diciembre 1954 a junio 1955), Carlos Stajano (octubre a diciembre de 1953), Pedro Ferreira Berruti (junio 1954 a enero 1956), Pedro Larghero (junio a noviembre de 1954), Washington Ísola (setiembre 1955 a marzo 1957), Jorge Pereyra (enero 1956 a enero 1959), Eduardo Palma (abril 1957 a mayo 1959), Román Arana (enero 1959 a 1960), Abel Chifflet (agosto 1959 a 1960) y Frank Hughes (1960 a 1961).

Como delegado de los profesionales actuaron desde setiembre de 1950 a diciembre de 1960: Manuel Ambrosoni (setiembre 1950 a agosto 1954) José

Suárez Meléndez (agosto 1954 a febrero 1956), Dinor Invernizzi (febrero 1956 a noviembre 1957), Omar Barreneche (noviembre 1957 a noviembre 1959), Leandro Zubiaurre (noviembre 1959 a 1960) y Juan Carlos Abó (1960 a enero 1961).

Los delegados estudiantiles desde setiembre 1950 a diciembre de 1960 fueron: Dr. Atilio Morquio (setiembre 1950 a mayo 1951), Br. Hugo García Olveira (mayo 1951 a junio 1952), Br. Escipión Oliveira (junio 1952 a junio 1953), Br. Wolf Gutfraind (julio 1953 a junio 1954), Br. Hugo Villar (junio 1954 a setiembre 1955), Br. Ricardo Caritat (setiembre 1955 a marzo 1957), Br. Hugo Dibarboure Icasuriaga (junio 1957 a febrero 1958), Br. Hugo Villar (marzo 1958 a enero 1959), Br. Raquel González Olalde (enero 1959 a marzo 1960), y Br. Raúl Ruggia (marzo 1960 a enero 1961).*

Como se ve, en el curso de los diez años, hubo integrantes con prolongados pasajes por la Comisión: García Otero más de 7 años, del Campo 4 años, Ambrosoni 4 años. Algunos de ellos, además, habían integrado anteriormente la Comisión Honoraria del Hospital de Clínicas en representación de la Facultad, como del Campo, que la integró desde 1945 a 1950, y Crottogini. Fue en esos períodos donde había integrantes veteranos que la Comisión trabajaba más ágilmente.

El único delegado estudiantil con título de médico fue el primero, Atilio Morquio. La Comisión del Hospital de Clínicas en este sentido se adelantó a la representación estudiantil directa en órganos de dirección consagrada por la Ley Orgánica de 1958. Fue un antecedente de interés cuando se discutió este tema en las distintas etapas de consideración de la ley.

Ni el delegado de los egresados ni el de los estudiantes actuaban por iniciativas propias. Los temas a consideración de la Comisión, eran ampliamente discutidos en las comisiones que los respectivos gremios habían creado para el tratamiento de los mismos dentro de sus asociaciones gremiales: Sindicato Médico del Uruguay y Asociación de los Estudiantes de Medicina respectivamente. Es posible percibir la preocupación por el Hospital y por su lugar en la prestación de la salud en numerosas actas del Sindicato Médico.[36]

No todas las Comisiones funcionaron en forma similar, si bien todas ellas pretendían cumplir con los objetivos universitarios del Hospital, aislados de los intereses personales o grupales. A través de la lectura de las actas se puede apreciar que algunas de ellas funcionaron con armonía y un saludable espíritu de trabajo y tolerancia por las ideas ajenas, lo cual las hacía sumamente eficientes, mientras que otras funcionaron con dificultad, en un ambiente tenso y cargado de suspicacias, lo que las hacía prolongadas, densas e ineficientes. Los

* La nómina de los distintos integrantes de la Comisión fue obtenida de la revisión de las Actas de la Comisión del Hospital de Clínicas de los años 1950 a 1960, en el Archivo de la Dirección del Hospital (AHC).



Figura 26.- Prof. de Clínica Quirúrgica A Carlos Stajano. Su Servicio fue el primer servicio quirúrgico en instalarse en el Hospital de Clínicas, en marzo de 1954. (AFEW).

motivos de estas diferencias eran en general la presencia de personalidades difíciles en lo individual y contrapuestas a otras del grupo. En la habilidad de los decanos radicaba la posibilidad de superar estas circunstancias.

Los temas tratados eran rutinarios (designaciones, renuncias, llamados a aspirantes, licencias), estaban vinculados a la organización y funcionamiento de los servicios, o se relacionaban con las dificultades en los aspectos económicos o en la progresiva habilitación de prestaciones. A veces se trataban asuntos doctrinarios en lo que refiere a los conceptos de salud, de organización sanitaria, de la enseñanza universitaria o del rol de la Universidad. Muchas veces se intuye la presencia de interpretaciones opuestas de la realidad nacional o universitaria. Y es de hacer notar que personajes a los que el tiempo dio suma relevancia en la política universitaria y nacional (Cassinoni, Crottogini, García Otero, del Campo, Villar) son los que menos se apartan de los temas estrictamente hospitalarios o universitarios y los que más conocimiento revelan de los caminos que llevan a las mejores decisiones. Son, a la vez, los más ejecutivos, los más tolerantes y los menos beligerantes.



Figura 27.- Prof. Juan Carlos del Campo. Su Servicio, la Clínica Quirúrgica B se trasladó del Hospital Maciel al Hospital de Clínicas pocos días después que lo hiciera Stajano. (AFEG).

Otro aspecto que impacta a quien lee las actas, sin haber estado presente en el momento que las originaron, es la evolución de la actitud de uno de los delegados estudiantiles, Hugo Villar, que a través de sus dos períodos como delegado y su período como Secretario del Decano, muestra un creciente interés y conocimiento de la problemática del Hospital, aun en los detalles menores, hasta llegar a ser la fuente informativa de la Comisión sobre asuntos previamente tratados y antecedentes más o menos alejados, y para aclarar los fundamentos de pasadas resoluciones que por alguna razón había que revisar. A ese conocimiento cabal de lo que

ocurría o había ocurrido en el Hospital se unía una llamativa voluntad de trabajo, una precoz solidez doctrinaria y una respetuosa tolerancia por opiniones contrarias. Se perciben tempranamente las condiciones del futuro Director emblemático del Hospital de Clínicas.



Figura 28.- En primera fila se encuentran Jorge Pereyra, profesor de Urología y Bartolomé Vignale, Profesor de Clínica Dermosifilopática.

Habilitación progresiva

Una semana después de la inauguración se iniciaba la consulta externa de ORL (Prof. Pedro Regules) y el turno vespertino de la Policlínica Médica del Prof. Purriel. El 5 de octubre se abría la consulta externa, turno matutino, del Prof. Purriel y el 23 de noviembre la consulta externa de Dermatología (Prof. Bartolomé Vignale).

Durante el año 1954 ingresaron dos servicios de cirugía general al sector internación: el 8 de marzo la Clínica del Prof. Carlos Stajano (Quirúrgica A) (Fig. 26) al Piso 9 y el 15 del mismo mes la del Prof. Juan Carlos del Campo (Quirúrgica B) (Fig. 27) al Piso 10. El 11 de marzo comenzó a funcionar el Centro Quirúrgico con dos salas de operaciones y un servicio de Recuperación post-operatoria con 12 camas. Ese día se realizaron operaciones a tres pacientes de la Clínica Quirúrgica A. La primera fue practicada por el Prof. Stajano (colecistectomía), la segunda por el Prof. Adj. Walter Suiffet (hernia inguinal) y la tercera por el Dr. Julio Priario (várices).



Figura 29.- Pedro Regules. Profesor de Clínica Otorrinolaringológica. (AFEG).

También se habilitaron otros servicios de internación: Dermatología con el Prof. Bartolomé Vignale (Fig. 28), ORL en el Prof. Pedro Regules (Fig. 29), Oftalmología lcon el Prof. Washington Ísola (Fig.30) y la Clínica Médica A del Prof. Julio C. García Otero (Fig. 31), que entró al Piso 11. Se amplió la Clínica del Prof. Purriel a 96 camas y se abrieron las consultas externas de todas las clínicas recién llegadas. Comenzó a



Figura 30.- Washington Ísola. Profesor de Clínica Oftalmológica. (AFEG).



Figura 31.- Prof. Julio César García Otero. Director de la Clínica Médica A, en 1954 se instaló en el Piso 11 del Hospital. (Galería del Decanato, Facultad de Medicina).



Figura 32.- Eduardo Palma. Profesor de Clínica Quirúrgica F. (AFEG).

funcionar el Laboratorio Cardio-Respiratorio (Dr. Jorge Dighiero) y la Escuela de Graduados (Prof. Juan C. del Campo). Al finalizar 1954 el Hospital contaba con 288 camas habilitadas.

En 1955 ingresó la Clínica Quirúrgica F del Prof. Eduardo Palma (Fig. 32) al Piso 7 y se amplió la internación de las distintas clínicas. Comenzaron a funcionar ese año los departamentos de Servicio Social y Odontología.* En los años siguientes ingresaron las siguientes clínicas al Hospital: Urología (Prof. Jorge Pereyra) (Fig. 33) y Gastroenterología (Prof. Benigno Varela Fuentes) (Fig. 34)

* Este lento crecimiento no satisfacía a los estudiantes que, ansiosos de tratar todo tipo de enfermos en el hospital universitario, reclamaban la rápida instalación de otros servicios clínicos como urología, ginecotocología, neuropsiquiatría, electroencefalografía, geriatría, de asistencia domiciliaria y de medicina preventiva, ya desde 1955. *(El Estudiante Libre,* 1955, Año 36, Nº 202).




Figura 33.- Jorge Pereyra. Profesor de Clínica Urológica.


Figura 34.- Benigno Varela Fuentes. Profesor de Clínica de Nutrición y Digestivo. (AFEG).

lo hicieron en 1956. La Policlínica de Higiene Mental se habilitó en 1957. El Instituto de Neurología (Prof. Román Arana) (Fig. 35) en 1958, aunque oficialmente fue inaugurado en octubre de 1959. Ginecotocología (Prof. J. J. Crottogini) (Fig. 36) recién se habilitará en 1962, al igual que el Servicio de


Figura 35.- Instituto de Neurología, dirigido por Román Arana Iñiguez. Se integró al Hospital en 1958. (AFEW).



Figura 36.- Juan José Crottogini. Se instaló en el Hospital de Clínicas con su Clínica Ginecotocológica en 1962. (AFEG).

Telecobaltoterapia (Prof. Alfonso Frangella). A fines de este año 1962 el Hospital tenía más de 600 camas habilitadas.[37]

La Biblioteca del Hospital

En este período del Hospital en que la formación de recursos humanos era una de las preocupaciones principales, interesa destacar que la Comisión, aparte de la organización de la docencia correspondiente, también se ocupó de formar una biblioteca hospitalaria, la primera en el país. Con esta finalidad se designó el 19 de octubre de 1954 la Comisión de Biblioteca, integrada por el Prof. Pedro Ferreira Berrutti, el Dr. Alberto Munilla y el Br. Aron Nowinski. Fueron sus usuarios médicos y estudiantes de los diversos cursos que se daban en el Hospital. Esta biblioteca fue el origen de la primera biblioteca de Administración Hospitalaria en el país.

A la búsqueda de un Director

Ya se ha señalado que en octubre de 1955 la tensa relación entre las autoridades del Hospital y el encargado de la dirección, Dr. Helvecio Tabárez, culminó con la renuncia de este último. El Consejo Directivo de la Facultad, y en especial el Decano García Otero, asumieron una vez más la difícil obligación de cubrir la necesidad de una dirección ejecutiva del Hospital.

Con fecha 4 de noviembre de 1955, el Decano Julio C. García Otero cursó nota al Dr. Hugo Enríquez, en Santiago (Chile), del siguiente tenor:

> *"Por intermedio del Prof. Dr. Miguel Patetta, el Consejo de mi presidencia fue informado de vuestra buena disposición para colaborar con las autoridades de la Facultad de Medicina, ejerciendo la dirección del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" por un período no menor de seis meses.*
> *En sesión realizada ayer, 3 de noviembre del corriente, y en base de los referidos informes, el Consejo resolvió recabar de Ud. la aceptación correspondiente. Las condiciones en las cuales Ud ejercería dichas tareas por un plazo de seis meses, serían las siguientes: $ 8.000,00 (ocho mil pesos oro uruguayos) más la estadía para Ud. y familia disponiéndose para ello de un apartamento en el propio Hospital. Por supuesto que estas condiciones serían pasibles de*

enmiendas en caso de que no contemplasen, en sus términos justos, vuestros deseos de remuneración.
*Finalizo expresándole el ruego de una urgente contestación a esta nota a fin de ultimar todos los detalles concernientes a su arribo a esta capital y dar comienzo a la tarea que le habremos de confiar y en la cual ciframos fundadas esperanzas de éxitos". **

Recibida la respuesta afirmativa, en enero de 1956 el Decano informó a la Comisión sobre la próxima llegada del técnico que se haría cargo de la dirección del Hospital y organizaría un curso sobre administración hospitalaria.

Dirección de Hugo Enríquez Frödden

Durante este período en que se hizo cargo de la dirección del Hospital, Hugo Enríquez organizó y dirigió un Curso de Administración Hospitalaria, celebrado en el Hospital de Clínicas, entre el 7 de mayo y el 23 de julio (Fig. 37). Este curso fue seguido por un Programa de Mesas Redondas, entre el 10 de setiembre y el 1º de octubre, realizándose 11 mesas redondas sobre temas tratados en el curso.

En una publicación hecha al culminar su labor,[38] Enríquez aportó una serie de datos sobre el funcionamiento hospitalario y sus resultados. Al finalizar



Figura 37.- Hugo Enríquez, Director del Hospital de Clínicas, junto a participantes a su Curso de Administración Hospitalaria al finalizar el mismo, escuchan las palabras del Rector Dr. Cassinoni, año 1956. De izquierda a derecha: Judith Dellepiane, Eufrosina Valdés Olascoaga, Josefina Silva, Hugo Enríquez, Renée Minatta, Aron Nowinski, Mario Cassinoni. (FDAN).

* Manuscrito (copia) (FDAN).

1954 había 288 camas habilitadas, al fin de 1956 eran 418 y al completar su período llegaban a 510 las camas habilitadas. En cuanto al movimiento de pacientes en Policlínica, pasó de 65.837 consultas en los primeros 8 meses de 1955 a 89.616 en el mismo período del año 1956. Junto a estas cifras de crecimiento en la asistencia, en sus intervenciones en la Comisión en los meses previos había llamado la atención sobre ciertos aspectos negativos en comparación con los datos del Hospital José Joaquín Aguirre, de donde venía: la mortalidad en el Hospital Aguirre era de 37,9 por mil, en el Hospital de Clínicas era de 67,9 por mil, trabajando en condiciones similares.[39] Agregaba en otra ocasión: "Tenemos 2,8 empleados por cama. Allá (en Chile) tenemos 1,02 por cama. El costo del Hospital por cama aquí cuesta tres veces más. Los sueldos no son mejores que los chilenos, pero ocupan el 68,9 % del presupuesto, y los gastos el 31%. Creo que es mucho".[40] En otro momento afirmó: "Lo principal es luchar contra la burocracia" y narró dos episodios de su experiencia en el Hospital de Clínicas: 33 días para poner las tapas de dos marmitas, procedimiento que llevó 20 minutos, y 15 días para cerrar una llave que perdía petróleo.[41]

Años después de su cese como Director, en 1963, Enríquez visitó al Hospital como consultor de la OPS (Fig. 38)



Figura 38.- Hugo Enríquez visita el Hospital como consultante de la OPS, en 1963. De izquierda a derecha: No identificado, Hugo Enríquez, Constancio Castells, Hugo Villar, Aron Nowinski. (FDAN).

Un año más sin Director titular

Finalizado el contrato con Enríquez quedaba otra vez vacante la Dirección del Hospital. Por un tiempo, de acuerdo a lo expresado por el técnico chileno, se pensó que éste podría renovar su contrato. Esta posibilidad no era del gusto de los estudiantes, que en enero, a través de *El Estudiante Libre,* manifestaban: *"El doctor Enríquez no debe ser contratado. El Consejo en actitud desusada y lesiva"*.[42] A mediados de año esta re-contratación quedó definitivamente desechada. Fueron sugeridos varios nombres de técnicos extranjeros para el cargo, pero ninguno de ellos tuvo andamiento luego de consultas de nivel internacional hechas por el Decano interino Crottogini. En julio surgió el nombre de Guillermo Almenara, un médico peruano de experiencia reconocida, y con él se comenzaron las tratativas. La posible contratación fue avanzando en posibilidades, en especial luego de una visita de Pablo Purriel a Lima y una conversación personal con Almenara. En octubre, en una reunión conjunta de la Comisión con el Consejo de la Facultad, el Decano García Otero anunció que se había llegado a un acuerdo con el Dr. Almenara, tanto para la dirección del Hospital como la enseñanza de la administración hospitalaria, por la suma de U$S 1000 mensuales, y que podría llegar a Montevideo en enero de 1958.

La ausencia de un Director estable, en un momento en que el Hospital sentía crecer la demanda asistencial, era un problema serio que debía solucionarse. El Decano no podía abarcar y resolver todos los problemas del Hospital. Luego de un llamado a aspirantes a la Dirección del Hospital, el Consejo Directivo decidió no designar a ninguno de los inscriptos y solicitó y obtuvo autorización del Consejo Central Universitario para no llenar el cargo hasta no contar con técnicos preparados.[43] Por este motivo, y al no concretarse la renovación del contrato de Enríquez, el Consejo Directivo de la Facultad decidió contratar como Colaboradores del Decano, para cumplir tareas administrativas en el Hospital, por un período de 4 meses que luego se prorrogó, y con un horario de 4 horas diarias, a los Dres. Orestes Vidovich y Joaquín Purcallas.[44] Explicó el Decano que sus funciones serían "algo así como sub-directores, con algunas facultades resolutivas" y que asistirían a las reuniones de la Comisión. De esta manera, a partir de mayo, se incorporaron los citados profesionales a la labor de dirección, colaborando con el Decano. Paralelamente a esta medida y a la continuación de la búsqueda de un Director extranjero, se comenzaron a discutir las condiciones a requerir del futuro Director uruguayo.

Fue 1957 un año difícil para la conducción del Hospital, no solo por la falta de una dirección estable y definida, sino por las serias discrepancias entre miembros de la Comisión, por temas puntuales con derivaciones doctrinarias y acusaciones personales.

Datos biográficos de Hugo Enríquez Frödden


Figura 39.- Hugo Enríquez Frödden (1906-1972). (FDAN).

Hugo Enríquez Frödden (1906-1972) (Fig. 39), médico chileno, había nacido el 6 de abril de 1906. Ex-Director del Hospital José Joaquín Aguirre de Santiago, fue contratado por 6 meses por la Facultad de Medicina. Enríquez ingresó como Asesor Técnico encargado de la Dirección del Hospital de Clínicas en marzo de 1956 y se integró a las reuniones de la Comisión el 20 de marzo. Asistió por última vez a estas reuniones el 9 de octubre, en que hizo referencia a los 7 meses trabajados y a su próxima partida.

Luego de su gestión en la Dirección del Hospital de Clinicas, a partir del 11 de octubre de 1957, fue designado Consultor de la Organización Panamericana de la Salud. Como tal, estuvo en Montevideo en ocasión de eventos importantes a nivel nacional. Desde 1968 y hasta 1971 se desempeñó como Director del Centro Latinoamericano de Administración Médica (CLAM), con sede en Buenos Aires. Falleció el 8 de diciembre de 1972.

CAPÍTULO X

LA DIRECCIÓN DE ALMENARA

Los primeros treinta meses

Almenara fue contratado como Asesor Técnico de la Dirección del Hospital de Clínicas y se desempeñó desde enero 1958 hasta finalizar diciembre de 1960. Rápidamente marcó su enérgica presencia en el Hospital. Por un lado fue una presencia física continua, ya que pasó a residir en el piso 18 del Hospital junto a su familia. Viviendo en el Hospital, estaba cerca de todos los problemas, y podía inspeccionar cualquier rincón del mismo a cualquier hora. Ello facilitaba y multiplicaba su capacidad resolutiva para los problemas de todos los días. Por otro lado, su presencia intelectual, con conocimiento y voluntad, introdujo innovaciones en la organización interna y el funcionamiento del Hospital y sembró de ideas y estímulos a los directores de servicios. A pesar de las dificultades



Figura 40.- Guillermo Almenara, médico peruano que dirigió el Hospital de Clínicas de 1958 a 1960. (FDAN).

emanadas de la inmersión de la Universidad en la lucha por la aprobación de la nueva Ley Orgánica, Almenara puso en práctica, con la aprobación y el beneplácito de la Comisión, una serie de medidas dirigidas a contemplar las exigencias que llevaron a su contratación: la formación de administradores de hospitales y la dirección del Hospital de Clínicas.

Encaró la docencia organizando un evento de primer nivel. Del 28 de julio al 1º de agosto de 1958 se celebró en Montevideo el Seminario Interamericano de Administración de Hospitales. Fue organizado por un Comité Ejecutivo presidido por el propio Guillermo Almenara, en su calidad de Director del Hospital de Clínicas y miembro Honorario de la Asociación Americana de Hospitales (AAH), e integrado por los doctores Lauro Cruz Goyenola, Director del Hospital Pedro Visca del Ministerio de Salud Pública, y Joaquín Purcallas, Director de Sanatorios del Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay. Fueron coordinadores Kenneth Williamson, Director Asociado de la AAH, y José González, Director del Programa Latinoamericano de Hospitales de la AAH, ambos de Washington DC. Intervinieron algunos docentes de Uruguay y varios del exterior, entre ellos Edwin Crosby, Robin Buerki, Philip Bonnet, autores con importantes publicaciones de entonces. Tanto el Ministro de Salud Pública, Dr. Vicente Basagoiti como el Decano interino de la Facultad de Medicina, Prof. Diamante Bennati, auspiciaron el encuentro.[45]

En relación a su rol de Director, a poco de asumir solicitó y fue aprobada la permanencia de los doctores Orestes Vidovich y Joaquín Purcallas como colaboradores de la Dirección. A continuación emprendió varios cambios en aspectos estructurales y del funcionamiento hospitalario, heredados del pasado y afincados en el Hospital junto con la incorporación de servicios y cátedras. Esta interrupción de una prolongada inercia motivó rechazo en algunos y entusiasmo en otros. Los cambios introducidos, que tuvieron repercusión en la elaboración del presupuesto a fin de ese año, fueron la creación de los departamentos de Admisión, Emergencia y Consulta Externa y el desdoblamiento de algunos que permitió mayor autonomía de secciones como Proveeduría, Personal, Contaduría, entre otras.

La reforma del Servicio de Emergencia, al que quiso organizar como un departamento autónomo de las clínicas, tuvo oposición de los cirujanos y las clínicas quirúrgicas, pero finalmente, en diciembre, la Comisión aprobó, con algunas modificaciones, el proyecto de Almenara y lo envió al Consejo de la Facultad de Medicina para refrendarlo.

Desde el comienzo de su gestión propulsó la organización del Cuerpo Médico, para lo cual se designó a los doctores Román Arana Iñiguez y Dinor Invernizzi. En julio de 1958 anunció la creación del Comité Ejecutivo del Cuerpo Médico, presidido por Román Arana, que tendría funciones de comité organizador. Poco después ya estaba actuando el Cuerpo Médico organizado, al que tanta importancia había dado, y cuyas atribuciones fueron resumidas por él en 1960:

> *"Las funciones del Cuerpo Médico son de dos órdenes: las médico administrativas y las clínicas. Las primeras son de asesoramiento al cuerpo de gobierno del hospital en los problemas de su competencia. Las funciones clínicas son: las de prestar servicios profesionales a los pacientes de acuerdo con los preceptos de la Medicina científica; la de mantener la propia eficiencia del cuerpo médico; la de participar en la educación y la de intervenir periódicamente revisando el trabajo profesional".*[46]

Durante ese año 1958 solicitó la reorganización de la Oficina Médica y se aceleró la marcha del traslado del Servicio de Recuperación del Piso 16 al Piso 17. En varias discusiones sobre el tema, tomó clara posición a favor de la centralización de servicios, apoyado por el delegado estudiantil y en discrepancia con algunos jefes de servicio.

La nueva estructura propuesta por Almenara determinó la creación de un nuevo organigrama general y a nivel de las distintas reparticiones, de organigramas parciales y manuales de funcionamiento. Esta nueva estructura determinó las bases para la elaboración de un presupuesto para el Hospital por parte de Almenara y la Comisión, aprobados por el Consejo Directivo de la Facultad en noviembre.

La prensa opuesta a la Universidad y a su insistente reclamo de una nueva Ley Orgánica, encontró en el director peruano un motivo de crítica. Un artículo de *La Mañana* de agosto, preguntándose por qué no se concursaba el cargo de director del Hospital, pretendió crear sospechas sobre el contrato de Almenara, señalando que ganaba mil dólares por mes, a lo que se agregaba el pago de los gastos en que incurrían él y su familia, cuatro pasajes de ida y vuelta a Perú por año y el trabajo de 5 peones para desempeñar tareas domésticas en su casa.[47] Pasaba por alto el hecho de que Almenara viviera en el Hospital. Hasta el fin de su gestión siguió recibiendo Almenara este tipo de críticas, que fueron respondidas por el Decano Crottogini, como se verá más adelante.



Figura 41.- Universidad ocupada en reclamo por la aprobación de la nueva Ley Orgánica para la Universidad. (FDAN).

En el segundo semestre de 1958 hubo una intensa movilización de los órdenes universitarios en procura de la aprobación por el Parlamento del proyecto de la nueva Ley Orgánica. Los estudiantes en particular dieron a esta campaña una intensidad y un colorido inhabituales, con manifestaciones callejeras, ocupaciones de locales universitarios e interrupciones del desarrollo normal de los cursos (Figs. 41 y 42), todo lo cual incidió en el funcionamiento del Hospital. Se superponía esta movilización a la campaña electoral de 1958, que culminó con la derrota del Partido Colorado gobernante y el ascenso al poder, luego de casi un siglo en la oposición, del Partido Nacional. Esta agitación social y política no era la mejor situación para encarar con seriedad y planes de proyección futura la gestión hospitalaria universitaria, a la cual aspiraba dedicarse Almenara.

El 15 de octubre de 1958 se aprobó por el Parlamento la nueva **Ley Orgánica de la Universidad (Ley Nº 12.549).** Este acontecimiento fue celebrado



Figura 42.- Octubre 1958: Huelga estudiantil y ocupación de los distintos locales universitarios. (FDAN).



Hoy de madrugada aprobó Diputados la Ley Orgánica

Practicamente sin Modificaciones el Proyecto de la Universidad

Número Especial

TIRAJE 50.000 Ejemplares

Solidaridad con los obreros de Funsa

SE TRATA EN DIPUTADOS

JORNADA

Figura 43.- Una edición especial de *Jornada*, órgano de la FEUU, celebra la aprobación de la nueva Ley Orgánica. (FDAN).

por la prensa estudiantil (Fig. 43) y universitaria (Fig. 44). Al mismo tiempo, se hizo evidente la necesidad de una actitud responsable por parte de todos los órdenes. A fines de año hubo una reunión conjunta de la Comisión del Hospital, el Consejo Directivo de la Facultad de Medicina, el delegado de ésta ante el Consejo Directivo Central universitario y el Rector de la Universidad, para discutir los nuevos ámbitos de decisión de las distintas autoridades hospitalarias en función de lo determinado en la nueva ley.

Al año siguiente, 1959, en enero, el decano Crottogini creó el cargo de Secretario del Decano en la Comisión, para el cual designó al Br. Hugo Villar, quien renunció a su condición de integrante de dicha Comisión. De inmediato



UNA NUEVA ETAPA DE LA VIDA UNIVERSITARIA HA INAUGURADO LA APROBACION DE LA LEY ORGANICA

Un Mes de Vida Universitaria

COMEDOR

GACETA DE LA Universidad

Figura 44.- También la prensa universitaria comenta con fervor la nueva Ley Orgánica y resume la sucesión de acontecimientos previos. (FDAN).



Figura 45.- Fin del Curso de Administración Hospitalaria dirigido por Almenara. Participantes del curso rodean a Almenara. De izquierda a derecha: Raquel Ferreira Ramos, Julio César Ripa, María Julia Pepe de Oronoz, María Angélica Martínez, Adolfo Morales, Guillermo Almenara, Luna Baddouh de Schenone, Margot Souza de Cardeza, Aron Nowinski, Renée Minatta, Hugo Villar, Joaquín Purcallas. (FDAN).

se le adjudicó al novel secretario la misión de elaborar un plan de trabajo para el año, plan que se presentó y se aprobó al mes siguiente.

En marzo Almenara viajó a Ginebra como integrante del Comité de Expertos en Organización de Servicios Médicos, dependiente de la Organización Mundial de la Salud. En ese encuentro fue nombrado Vice-presidente del Comité.

A su retorno organizó el Curso de Administración Hospitalaria, que se celebró en los años 1959 y 1960 (Fig. 45). Este curso, el más extenso e intenso realizado hasta esa fecha en el país, se desarrolló de acuerdo a un exigente programa con 66 clases. Participaron 23 personas, de las cuales 14 alcanzaron una asistencia por encima del 70 % y de esos 14, 10 presentaron trabajos finales.[48]

En un informe enviado a solicitud de un legislador en setiembre de 1959, se indica que el Hospital tiene 556 camas habilitadas, y que en él trabajan 1.685 personas, incluyendo 220 profesionales técnicos docentes, 59 profesionales técnicos no docentes, 313 técnicos no profesionales, 501 en enfermería, 125 administrativos y 467 en servicios generales, mantenimiento, etc.[49]

En octubre de 1959 comenzó a funcionar el Centro de Recuperación Postanestésica en el Piso 17. En noviembre se redujeron las camas de internación en Emergencia y comenzó a funcionar la Policlínica de Ginecotocología. En relación a futuras habilitaciones Almenara emitió la opinión de que el Hospital tenía un tope de 800 camas. También se ocupaba Almenara del

perfeccionamiento hospitalario aportando ideas por el momento impracticables. Trasmitió a la Comisión la necesidad de estudiar la creación de un servicio de tratamiento intensivo para casos de insuficiencia cardíaca, de insuficiencia respiratoria, para trastornos hidroelectroliticos, para casos de envenenamiento, etc., con motivo de una nota del profesor Pablo Purriel.[50]

Durante el año 1960 Almenara, además de continuar con su curso de administración, participó en la Mesa Redonda que sobre el tema "Hospital de Clínicas" organizó el Sindicato Médico del Uruguay el 30 de setiembre. En esta ocasión reiteró sus ideas respecto a la conducción del Hospital.

Para permitir una mayor efectividad en su labor directriz, propuso la contratación, luego del cese de los colaboradores Vidovich y Purcallas, de Asistentes del Director con dedicación única. El pedido se trasladó al Consejo de la Facultad, donde luego de su consideración fue aceptado parcialmente: se hizo un llamado a aspirantes, pero sin dedicación exclusiva. Fueron seleccionados los doctores Joaquín Purcallas y Hugo Villar y el bachiller Aron Nowinski. Luego de ser designados en agosto de 1960 se integraron a las reuniones de la Comisión, renunciando Villar a la Secretaría.

En la misma época que se nombraron los asistentes, Almenara tuvo un quebranto de su salud, un infarto de miocardio. El estado de Almenara, obligado a guardar reposo por su afección cardíaca, determinó que la Comisión del Hospital con fecha 9 del mismo mes encargara a los Asistentes el Despacho de la Dirección, lo cual obligó a que, además del objetivo previamente trazado, éstos debieron abocarse a atender y resolver todos los demás aspectos inherentes al funcionamiento integral del Hospital. Ello fue realizado con el permanente aporte de la experiencia del mismo Almenara, cuya orientación y asesoramiento constantes resultaron a la vez un sólido respaldo técnico que permitió afrontar con fe y entusiasmo las complejas y variadas obligaciones que impone la administración de un hospital moderno. Esta tarea la cumplieron Villar y Nowinski en régimen de dedicación integral, Purcallas en régimen de dedicación parcial, dadas sus responsabilidades como Director de Sanatorios en el CASMU.

Objetivos de la gestión hospitalaria durante la transición

El 1º de agosto de 1960, los Asistentes del Director tomaron posesión de sus cargos. Pero, como ya se ha relatado, el 9 de agosto debieron hacerse cargo de la dirección del Hospital, debido a la enfermedad de Almenara, durante un período que se extendería hasta el 31 de enero de 1961. Constituye este período una transición entre la dirección del Hospital, en forma interina, por técnicos extranjeros y la dirección del Hospital, en forma titular, por técnicos uruguayos.

En los primeros días de agosto, en acuerdo con el Director, se determinó cuáles eran los objetivos que debería guiar la gestión futura. Los sectores más

problemáticos a los que se prestaría preferente atención eran: a) En la División Administrativa, la Sección Lavadero y Ropería; b) En la División Técnica Para-Médica, el Departamento de Alimentación; y c) En la División Médica, los Consultorios Externos.[51] Cuando Almenara sufrió su infarto cardíaco, a estos objetivos debieron sumarse, necesariamente, la atención y resolución de todos los demás aspectos del funcionamiento del Hospital.

Entre éstas existían varios puntos fundamentales que habían sido ya la preocupación de Almenara y sobre los cuales mucho se había trabajado pero que aun no se habían concluido. Ellos eran: a) La reorganización del Hospital, ya puesta en marcha con la aprobación del nuevo organigrama por el Consejo Directivo de la Facultad en noviembre de 1958, b) La concreción de la Ordenanza del Hospital, c) La consideración del Presupuesto y las normas a seguir en la ejecución presupuestal, d) La administración del personal.

Sin descuidar lo anterior, los Asistentes debieron ocuparse de la marcha diaria del Hospital, con todos los inconvenientes propios de un nosocomio de más de 30 años de construido, con equipos de igual antigüedad, con muchas instalaciones al término de su vida útil, como sucedió con la calefacción y la distribución del agua. Con una carpintería metálica ya muy deteriorada, con modelos antiguos y escasos de ascensores que marcaron la dificultad del desplazamiento vertical. No es menos destacable la falta de rubros presupuestales para abordar inmediatamente los problemas detectados, y solucionarlos rápidamente. La falta de personal para realizar el mantenimiento efectivo, la falta de agilidad en la tramitación de diversas medidas, la nula posibilidad de contratación de personal durante el segundo semestre del año 1960, y finalmente, la ausencia de mecanismos para compensar el déficit de trabajo producido por la reducción, por disposición legal, del horario de trabajo de 48 o 42 horas semanales a 36, fueron obstáculos que hubo que enfrentar. Esta reducción repercutió en funciones sustantivas como las de enfermería, limpieza y mantenimiento, que debieron seguirse realizando, en menor horario y con la misma dotación.

Actividades desarrolladas durante la transición

En este breve período que hemos llamado de transición, la dirección práctica del Hospital estuvo a cargo de los Asistentes de Dirección, que enfrentaron la importante e ineludible problemática planteada con capacidad, dedicación y eficiencia.

Fueron las siguientes las actividades más importantes desarrolladas, según fueran expuestas por Villar y Nowinski en su Informe de Actuación para el período 1-8 1960 a 31-1-1961.[52]

1) Estudio de la estructura de organización del Hospital de Clínicas. Sobre la base del estudio y el análisis del funcionamiento real de los diversos sectores

del Hospital, las normativas hasta entonces presentes, y las nuevas disposiciones emanadas de la nueva Ley Orgánica de la Universidad y del proyecto de Ordenanza del Hospital, y las necesidades de una reestructuración presupuestal, se elaboró un organigrama adecuado al momento, que se presentó para su consideración al Consejo Directivo Central de la Universidad el 19 de diciembre. Ha sido una herramienta útil para entender el modo de relacionamiento entre sí de las distintas unidades.

2) Formulación del Presupuesto, con la participación de las distintas dependencias del Hospital y asesoramientos especializados, sobre la base de la nueva definición de la estructura organizativa. Se buscó incluir procedimientos que permitieran una mayor autonomía de las autoridades del hospital para la ejecución del presupuesto. Una vez formulado, se participó activamente en el extenso proceso de aprobación del mismo en el Consejo Directivo de la Facultad de Medicina en primera instancia y en el Consejo Directivo Central de la Universidad posteriormente.

3) Finalización de la elaboración del proyecto de Ordenanza, que definiera todo lo referente a los fines, el gobierno, la organización interna y el funcionamiento del Hospital. Esta Ordenanza fue aprobada por las autoridades universitarias en noviembre de ese año.

4) Re-estructuración del sector Lavadero (Fig. 46) y Ropería, sustentado en un trabajo preparado por Villar y Nowinski para el Curso de Administración Hospitalaria dictado por Almenara en los años 1959-1960. Se buscó considerar que la tarea pudiera ser juzgada en toda su magnitud, a través de sus resultados, luego de un período no menor al de cinco años. Se adoptaron objetivos y un



Figura 46.- Los Asistentes de Dirección inspeccionando el Lavadero del Hospital. (FDAN).

método de trabajo. Esto permitió concretar y concluir un estudio sobre "Lavadero del Hospital", con la publicación correspondiente, proponiendo medidas de re-estructura, que luego se trasladaría, como modelo a la reorganización del Departamento de Alimentación.

Se prestó especial atención a la descripción de funciones y de cargos, que luego sería extendido paso a paso a cada uno de los sectores del Hospital, en sus diferentes áreas, como una etapa indispensable y previa a la provisión de cada uno de los puestos de trabajo en cualquier sector. Estos primeros pasos dados por los noveles directores asistentes, marcaría toda su trayectoria futura en cuanto a metodología de trabajo para abordar el cambio en los distintos servicios.

5) Planificación del Departamento de Alimentación. El objetivo mayor en su planificación fue la selección y disposición del equipo y facilidades para el desarrollo de un servicio de comidas eficiente y para la producción de alimentos que pudieran abastecer las necesidades nutricionales de pacientes y funcionarios. La Cocina del Hospital, que había sido perfectamente equipada y había contado con todos los elementos necesarios, de primera calidad, se encontraba deteriorada y el equipamiento en muy mal estado de conservación, algunos de ellos increíblemente alterados, y varios en desuso. Todos ellos requirieron de reparación total, iniciándose de inmediato las acciones, luego de verificar su estado.

Fueron adoptadas disposiciones generales para la adquisición de alimentos, que resultó un punto clave en la operativa futura del Hospital. La compra de víveres es un capítulo de fundamental importancia para cualquier Hospital. Previa autorización del Tribunal de Cuentas de la República, se autorizó la adquisición directa en el Mercado cada día, de los alimentos frescos, asegurando su calidad, mejor precio y el transporte por medio propio y en condiciones adecuadas, que eliminara el desperdicio por mala manipulación, lo cual permitió mejorar la economía en la compra, y sobre todo asegurar la calidad de los insumos, haciendo una verdadera revolución, a este respecto, en el país. Se racionalizó el uso del Comedor, que anteriormente carecía de normas reguladoras para su funcionamiento, fijando límites horarios, calidad de los comensales, y régimen de vales indispensables de presentar para recibir el servicio. Las normas de adquisición fueron incorporadas con carácter permanente al Texto Ordenado de Contabilidad de Administración Financiera (TOCAF), y rigen hasta la fecha para toda la Administración Pública. Fue un efectivo aporte creativo de interés general.

Se concedió, luego de la licitación correspondiente, el Servicio de Cafetería para público y funcionarios, que se instaló en Planta Baja.

6) Administración de personal. En esta materia, constituyó una aspiración de la Dirección la elaboración de una ordenanza, de una normativa, referida específicamente a la administración del personal hospitalario, que tenía

características que lo diferenciaban de los restantes funcionarios de la Universidad. Esta inquietud fue planteada a las autoridades universitarias.

Se adoptaron en este período importantes disposiciones. Para la selección de empleados, se introdujo la entrevista personal, como de fundamental importancia en el proceso de selección. En el movimiento de personal, se dispusieron una serie de traslados de funcionarios dentro del propio Hospital, buscando en cada caso la ubicación que posibilitara el mejor aprovechamiento de sus aptitudes personales, así como una adecuada adaptación psicológica al ambiente de trabajo y a los compañeros. Se confeccionó un manual para el empleado, de orientación general y explicación de las normas generales de trabajo.

En materia de licencias y vacaciones anuales, carecía el Hospital de normas. Se adoptaron entonces tres medidas fundamentales, con el propósito de ordenar los procedimientos y el trabajo, normalizar situaciones irregulares arrastradas de mucho tiempo atrás, y hacer respetar el fundamento higiénico de las vacaciones anuales. Esas medidas fueron: a) Actualizar todas las licencias atrasadas, de modo que todos los funcionarios las tomaran, antes del 31 de diciembre, salvo excepciones debidamente justificadas. b) Solicitar a todos los sectores del Hospital, preparar el programa de licencias de su personal. c) Establecer un nuevo trámite para vacaciones anuales.

La Especificación y descripción de tareas para cada lugar de trabajo en todos los escalafones, iniciada en el sector Lavadero y Ropería, constituyó el inicio de una tarea de fundamental importancia que culminaría en los años siguientes y tendría trascendencia de largo plazo en lo nacional e internacional, reflejada en publicaciones, comentarios y toma de referencia para organizaciones de distinta naturaleza.[53]

7) Programación de las obras. En relación al programa de obras, pudo apreciarse que existía una enorme desproporción entre las necesidades del Hospital en materia de mantenimiento, reparaciones y obras, y las posibilidades de su realización con los recursos materiales y de personal disponibles. Debió fijarse una lista de prioridades.

Se efectuó una limpieza de los depósitos y recuperación de materiales, que ocupaban todo el basamento y primer piso del Instituto de Radiología. Los generadores de energía eléctrica para emergencia, estaban funcionando a la mitad de su capacidad. Se logró encomendar la reparación a los propios representantes de la firma fabricante, en el país, con las máximas garantías técnicas. En opinión de los ingenieros asesores, los mecánicos que realizaban el trabajo, fueron los más capacitados de nuestro ambiente en ese tipo de equipos.

El ablandador de agua con que contaba el Hospital resultaba insuficiente. Fue necesaria la instalación de otra unidad, que fue construida en los talleres del Hospital.

El Hospital poseía en su planta física talleres de herrería, carpintería, cerrajería, sanitaria, pintura, electricidad, vidriería; pero carecía de un taller mecánico. A ese fin se realizaron obras para la adecuación del local que le serviría de alojamiento y para su equipamiento.

Se comenzó la instalación de la bomba de cobalto, recibida en donación por el Hospital, que se encontraba depositada en los almacenes.

Acerca de la desinfección de colchones, almohadas y frazadas, el Hospital tenía desde su construcción, una gran estufa de desinfección. Dicha estufa nunca había sido puesta en funciones. En 1959, Almenara ordenó los trabajos necesarios para remodelar esos ambientes, construir un nuevo pañol y poner en funcionamiento ese gran autoclave. En los primeros meses de 1960, el equipo quedó en condiciones de uso, totalmente equipado con controles automáticos de presión y temperatura y diversos accesorios que fue preciso adquirir.

Se eligió un nuevo destino para el emplazamiento de las oficinas de Servicio Social en el primer piso, zona central.

A pedido de la Jefatura de la Sección Radiodiagnóstico, se equipó un local para Reuniones Clínico-Radiológicas, en un espacio en planta baja, cercano a los ambientes de estudio radiológico, bien provisto de negatoscopios comunes y para lectura de angiocardiografías, un gran exhibidor de radiografías, y pantalla y equipo de proyecciones, generándose de esta forma un nuevo anfiteatro que no estaba en la concepción original del proyectista del Hospital.

En relación a los caminos y jardines exteriores del Hospital, a través de un trabajo paciente y de múltiples entrevistas de las autoridades del Hospital con las municipales, se lograron acuerdos para el arreglo de los espacios perimetrales, el enjardinado, la construcción de caminos y playas de estacionamiento, en un todo de acuerdo con el programa elaborado por el Arquitecto Asesor del Hospital, Carlos Surraco.

Especial atención se dedicó al mantenimiento y limpieza del pórtico de acceso, sector altamente transitado, primer contacto del visitante con el Hospital. Se realizaron obras de terminación y utilización de los locales.

Se organizó una Secretaría de Relaciones Públicas, vinculada a la Dirección al mismo nivel que la Secretaría General, que podría estar integrada por un miembro del Cuerpo Médico, un Asistente Social y un representante de la Administración.

La biblioteca de administración de hospitales fue instalada también en la Planta Baja, ubicándosela en un lugar más accesible, junto a la Secretaría del Cuerpo Médico, con el objeto de facilitar el trabajo de los diversos Comités de dicho Cuerpo.

Debe destacarse que en este breve e intenso período se concretó el relevamiento de todas las aberturas del Hospital a fin de numerarlas, empleando un criterio uniforme y sistemático, para configurar el tablero general de llaves, con

sus diversas claves y segmentos, como parte importante de las tareas de Seguridad e Intendencia del Edificio.

Debió regularse lo concerniente a la rutina de visitas del público y familiares al Hospital, señalándose en esa época un marcado déficit en el funcionamiento de los ascensores, para darle adecuado soporte, lo cual fue solucionado.

Por las características del Hospital, que lo hacían adecuado para la realización de congresos o reuniones de carácter científico, se desarrolló y equipó en el piso 19 un anfiteatro amplio que alojó diversas reuniones a lo largo del tiempo.

Se llevó a cabo un programa para la operación eficiente de la limpieza de las diversas áreas del Hospital.

Se definieron las relaciones de la Dirección con la Comisión Directiva del Hospital de Clínicas, así como también la de ésta con el Consejo Directivo de la Facultad de Medicina y con el Consejo Directivo Central de la Universidad, que cimentaron las relaciones futuras.[54]

Aprobación de la Ordenanza del Hospital de Clínicas

El 11 de noviembre de 1960 se aprobó la Ordenanza del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" por el Consejo Directivo Central**,** de acuerdo a lo establecido en la nueva Ley Orgánica de la Universidad. De acuerdo a ella, que reúne las aspiraciones consensuadas por los tres órdenes, la administración del Hospital corresponderá a dos órganos: la Comisión Directiva y la Dirección. La Comisión Directiva estará integrada por seis miembros, designados por el Consejo Directivo de la Facultad dentro de ternas propuestas del modo siguiente: Una terna por la Asamblea del Claustro de la Facultad, recayendo sobre quien sea designado de esta terna la presidencia de la Comisión. Cuatro ternas por representantes de los órdenes de ese Consejo, a saber: dos por el orden docente, debiendo una de estas ternas estar integrada totalmente por profesores titulares, y las otras dos respectivamente por el orden estudiantil y por los egresados. Y una por los funcionarios del Hospital con excepción de los médicos. Los miembros de la Comisión durarán cuatro años en el ejercicio de sus cargos y podrán renovarse sus mandatos por una sola vez. La Dirección será ejercida por el Director y por delegación por los dos Directores Asistentes, uno en el área médico-asistencial y otro en el área administrativa. La Ordenanza también establece las atribuciones y deberes de los órganos de administración.

Por el Art. 2 de la Ordenanza se establecen los fines del Hospital de Clínicas. Ellos son:

a) Prestar asistencia médica a los internados en el Hospital, en consultorios externos y a domicilio, organizando el funcionamiento de sus servicios para facilitar la docencia.

b) Hacer efectiva la educación de:
   los estudiantes de medicina;
   los estudiantes de otras ramas de la Universidad en los servicios que tengan relación con ella;
   los graduados, para su especialización o perfeccionamiento;
   los estudiantes y egresados que tengan interés justificado en el estudio de su funcionamiento técnico o administrativo.
c) Contribuir a la prevención de las enfermedades y a promover la salud.
d) Prestar educación sanitaria general.
e) Promover y contribuir al desarrollo de la investigación científica.

En el Art. 24 se establece la integración y fines de un Comité Conjunto de Coordinación para la Docencia.

En el Art. 25 se señala que para asignar el debido cumplimiento, revisión y análisis del trabajo clínico, el Cuerpo Médico del Hospital de Clínicas, sin perjuicio de las atribuciones que le reconoce esta Ordenanza, tendrá su propia organización y gobierno en la forma que establezcan su Estatuto y Reglamento, aprobados por la Comisión Directiva.

Un mes después de la aprobación de la Ordenanza, el 15 de diciembre de 1960, el Consejo Directivo de la Facultad de Medicina, en sesión conjunta con la Comisión Directiva del Hospital de Clínicas, adoptó las siguientes resoluciones, reveladoras de la preocupaciópn por el presupuesto hospitalario:

"1) Plantear ante el Consejo Directivo Central las proposiciones de la Comisión Directiva del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", compartidas por el Consejo de la Facultad y solicitar que un miembro de la Comisión de Presupuesto de la Facultad, en representación de ésta, y un miembro de la Comisión del Hospital de Clínicas, sean recIbídos por la Comisión Central de Presupuesto, a efectos de interiorizarse de los estudios realizados hasta el momento y de hacerles conocer la opinión de estos organismos.

2) a) Plantear ante el CDC la necesidad de aprobar conjuntamente el organigrama del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" enviado oportunamente por esta Facultad.

b) Señalar la consecuencia de separar el Hospital de Clínicas del régimen de circunscripción única, actualmente en vigencia.

c) Exponer la necesidad de que el Hospital de Clínicas goce de un régimen de mayor autonomía presupuestaria.

Elección de nuevas autoridades

El 12 de enero de 1961 se reunió el Consejo Directivo de la Facultad para designar los integrantes de la Comisión Directiva del Hospital de Clínicas, luego de haber recIbído las ternas. Los designados fueron:



Figura 47.- Constancio Castells, primer Presidente de la Comisión Directiva del Hospital de Clínicas. (AFHC).

Presidente: Prof. Adjunto Dr. Constancio Castells (Fig. 47). Suplentes: Prof. Adj. Jorge Dighiero y Dr. Omar Barreneche.

Por el orden docente, (terna de profesores titulares): Prof. Frank Hughes. Suplentes: Prof. Román Arana y Prof. Juan Borrelli.

Por el orden docente (segunda terna): Prof. Adj. Jorge Dighiero. Suplentes: Dr. J. J. Poseiro y Prof. Adj. Rodolfo Tiscornia.

Por el orden profesional: Dr. Francisco de Castellet. Suplentes: Dr. Victoriano Rodríguez de Vecchi y Dr. Luis Praderi.

Por el orden estudiantil: Br. Antonio Buti. Suplentes: Br. Tabaré González y Br. Líber Mandressi.

Delegado de los funcionarios: Sr. Espartaco Otero. Suplentes: Sr. Aurelio Beauxis y Sr. José García.[55]

La primera reunión de la Comisión Directiva del Hospital de Clínicas se realizó el 24 de enero de 1961. Asistieron Castells, Hughes, Dighiero, De Castellet, Buti y Otero. Estuvo presente el Rector Mario Cassinoni. También asistieron Hugo Villar y Aron Nowinski, a quienes la última Comisión, con fecha 19 de enero, había encargado de la Dirección del Hospital hasta la provisión definitiva de los cargos de Director y Asistente.

Luego del llamado correspondiente, en abril de 1961 el Consejo Directivo de la Facultad de Medicina, por voto unánime, designó al Dr. Hugo Villar como Director del Hospital de Clínicas por un período reglamentario de 5 años. En su nueva condición de Director, Villar asiste por primera vez a la

sesión de la Comisión Directiva del Hospital el 11 de abril. Aron Nowinski fue nombrado Asistente Administrativo de la Dirección en forma interina en abril y titular en junio (Figs. 48 y 49).

Entraba el Hospital de Clínicas en una nueva etapa, en el marco de una Universidad renovada por su nueva Ley Orgánica. Quedaban atrás las luchas



Figura 48.- Primera Comisión Directiva del Hospital de Clínicas con el nuevo Director titular y el Director Asistente interino. Rodean la mesa de izquierda a derecha: Antonio Buti, Tabaré González, Frank Hughes, Aurelio Beauxis, Hugo Villar, Aron Nowinski, Jorge Dighiero, Constancio Castells, Francisco De Castellet. (FDAN).



Figura 49.- Comisión Directiva, Directores y Secretaria: Jorge Dighiero, Francisco De Castellet, Antonio Buti, Tabaré González, Aurelio Beauxis, Hugo Villar, Aron Nowinski, Frank Hughes, Constancio Castells y Sra. Mary Viera de Gabard (FDAN).

para lograr su gobierno, las angustias por hacerlo funcionar, las incertidumbres por su dirección. Contaba con un presente institucional aplomado. Tenía una dirección entusiasta, comprometida con su función social y universitaria, con objetivos bien definidos y con una doctrina de la salud de avanzada. Y, por encima de todo, contaba con la calidez afectiva de su contenido humano. A lo largo de los años transcurridos, el cuerpo médico, los funcionarios y los estudiantes habían desarrollado un vínculo afectivo con el Hospital, una mística alrededor de sus capacidades y un sano orgullo por sus logros científicos y por el prestigio adquirido que los hacía proclives a superar, con optimismo y entusiasmo, las dificultades que pudieran presentarse. En los próximos años la realidad pondría a prueba los sueños de varias generaciones médicas, la utopía de un hospital del pueblo y la mística del hospital universitario.

Cuestionamiento de la designación de Villar

Cuando en enero de 1961 la Facultad llamó a concurso para la provisión titular del cargo de Director del Hospital de Clínicas, Helvecio Tabárez, que años antes había estado encargado de la Dirección, presentó su aspiración. En la sesión del 16 de marzo de 1961 de la Comisión Directiva del Hospital de Clínicas, con motivo de la calificación y ordenamiento de los aspirantes, el integrante por el orden estudiantil Br. Antonio Buti, explicó los fundamentos, analizados en detalle por la Asociación de los Estudiantes de Medicina, por los cuales los estudiantes se inclinaban por otro aspirante, el Dr. Hugo Villar. Esta posición fue similar a la de los órdenes docentes y egresados, por lo cual la aspiración de Tabárez quedó muy comprometida. Los defensores de la candidatura de Tabárez intentaron rescatarla a través de una campaña periodística en el diario *La Mañana*, sin resultado (Figs. 50 y 51). Desde entonces se desdibujó la actuación gremial, universitaria o política de Helvecio Tabárez.


MONTEVIDEO

MOVIMIENTO NACIONAL

Se Iniciará la Acción Respecto Al Hospital de Clínicas hoy

INVOCARIAN UNA DOCTRINA UNIVERSITARIA SOBRE CONCURSOS

...a Higiene de la ...batió Otra vez

HOMENAJE A ELIAS REGULES

Figura 50.- En *La Mañana,* abril de 1961, se critica la elección de Hugo Villar como Director titular del Hospital de Clínicas. (FDAN).

HOSPITAL DEL PUEBLO PARA EL EL PUEBLO

(230)

Puntualiza el Dr. Helvecio Tabárez su Situación en el Caso del H. de Clínicas

REFUTA EL USO QUE SE HIZO DE UNA CARTA PARTICULAR

Nos visitó el Dr. Helvecio Tabárez, con referencia a la situación que le ha creado el texto de una "aclaración" que el Sindicato Médico del Uruguay y la Asociación de Estudiantes de Medicina, han hecho por la prensa. Considerándose agraviado, entiende que debe puntualizar lo siguiente: Socio del Sindicato Médico y de la Asociación de Estudiantes de Medicina desde hace 20 años, habiendo desempeñado cargos directivos varias veces en ambas instituciones. Graduado de Médico hace 18 años; y de técnico en organización y administración hospitalaria hace 11 años. Primer director del Hospital de Clínicas cuya puesta en marcha y administración desempeñé durante dos años y medio...

Llega el Lunes el "B



LUFTHANSA, Líneas Aéreas A
corriente, del majestuoso "Bo
América del Sur. En esta form
incomparable servicio "Senato
clase económica. El Boeing 72
Lufthansa en sus líneas para
ravillosas líneas a su arribo a
Aeropuerto Nacional de Carra
en el momento de su partida
Alemania Dr. Konrad Adenau

Figura 51.- *La Mañana* ofrece los argumentos por los cuales Helvecio Tabárez se considera perjudicado arbitrariamente con la elección de Hugo Villar (FDAN)..

Estadísticas asistenciales de la década del cincuenta

Se han resumido en el siguiente cuadro los datos de los resultados asistenciales en los primeros años de funcionamiento del Hospital, entre su inauguración en setiembre de 1953 y la instalación de las autoridades definitivas en enero de 1961.[56] Los datos de 1953 son parciales.

	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960
Camas habilitadas	50	270	412	516	534	554	562	577
Pacientes en asistencia externa	…	63.677	111.762	135.978	151.838	201.599	199.133	186.399
Pacientes nuevos registrados	1.175	7.908	13.345	21.005	28.499	25.307	25.385	21.721
Promedio de estadía (días)	17,7	18,2	20,3	18,4	18	17	18,9	21,6
Total de operaciones	…	1.248	3.026	3.681	4.527	5.537	5.227	5.123
Análisis clínicos	...	53.745	88.356	97.411	108.834	132.637	115.286	105.938
Estudios radiológicos	…	18.584	33.579	51.383	61.801	83.320	74.524	61.455
Tasa de mortalidad	9,1%	6%	6,7%	7,6%	8,2%	7%	8,2%	8%
Porcentaje de autopsias	…	44	46	31,9	23,5	24,8	21,2	17,6

Otro estudio estadístico, de 1959, titulado "Información general del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela"[57] ofrece los siguientes datos:

Servicios clínicos:

2 Clínicas médicas: 102 y 72 camas.............................. 174 camas
3 Clínicas quirúrgicas: 72, 72 y 52 camas..................... 196 "
1 Clínica urológica: 36 camas....................................... 36 "
1 Clínica neurológica: 60 camas................................... 60 "
1 Clínica de gastroenterología: 34 camas...................... 34 "
1 Clínica dermatológica: 17 camas............................... 17 "
1 Clínica oftalmológica: 26 camas................................ 26 "
1 Clínica otorrinolaringológica: 19 camas..................... 19 "
TOTAL.. **562 camas**

Servicios de diagnósticos y tratamientos especiales:
Laboratorio Clínico Central
Banco de Sangre y Plasma
Departamento de Radiología
Departamento de Anatomía Patológica
Departamento de Medicina Física y Rehabilitación
Laboratorio Cardio-Respiratorio
Departamento de Anestesiología y Gasoterapia
Departamento de Farmacia
Departamento de Odontología

Centros especiales:
Centro Quirúrgico (Piso 17)
Centro de Recuperación Post-Anestésica (Piso 17)
Centro de Materiales y Esterilización (Piso 18)
Departamento de Emergencia (Basamento)
Departamento de Consulta Externa (Piso 1)

Departamentos Médico-Administrativos:
Departamento de Admisión
Departameto de Historias Clínicas
Departamento de Servicio Social Médico
Departamento de Alimentación
Departamento de Enfermería

Departamentos Administrativos:
Departamento de Personal y Estadística Administrativa
Departamento de Contabilidad
Departamento de Suministros
Departamento de Planta Física
Departamento de Lavadero
Departamento de Intendencia
Secretaría General

Movimientos de pacientes hospitalizados (Año 1959):
Total de ingresos..3.053
Promedio diario...25
Media enfermos por día..533
Promedio días hospitalización...................................... 19
Porcentaje ocupacional ....90 %

Movimiento quirúrgico (Año 1959):
Total operaciones.. 5.227
Urgencias 890
Promedio diario.. 18

Enfermos ambulatorios (Año 1959):
Total de consultas... 199.133
Promedio diario.. 679

Servicio de Urgencia (Año 1959):
Total de consultas 13.198
Promedio diario 36

Despedida de Almenara

El 29 de diciembre de 1960 se despidió Almenara del Hospital y también de su carrera de director de hospitales en un acto conjunto del Consejo Directivo de la Facultad y la Comisión del Hospital de Clínicas. Hicieron uso de la palabra el Decano J. J. Crottogini, el consejero Aquiles Lanza, delegado de los egresados, el Br. Jorge Sales, delegado de los estudiantes y el Prof. Román Arana, integrante de la Comisión del Hospital de Clínicas. Los siguientes son fragmentos del discurso de despedida de Almenara, que de alguna manera sintetizan su pensamiento y su acción:

> *"El cambio más notable de la actividad médica en el curso de los últimos cien años, ha sido el que condujo a mejorar la calidad de la atención médica y al cambio de la organización preparada para prestarla. La medicina preventiva sobrepasó los límites de los pueblos para alcanzar los de la nación y lograr luego el nivel mundial con la Organización Mundial de la Salud. La medicina preventiva se hacía en la población en masa y se le reconocía como acción de los gobiernos. En los últimos años se ha incrementado el cuidado médico preventivo en el nivel individual, a cargo de la profesión médica como función o no, de los gobiernos.*
> *Los hospitales han sufrido los mayores cambios en esa evolución. Prácticamente proporcionan todo lo que necesitan los enfermos y lesionados. La integración del hospital se impone en ese cometido. Si la calidad de la atención profesional es incumbencia de la profesión médica es cierto también que la administración del hospital tiene legítima responsabilidad en esa calidad. Todo lo que se hace en un hospital afecta en algún grado la calidad de la atención. Un lavadero ineficiente propaga las infecciones en el hospital. Quienes limpian*

las enfermerías y los corredores son capaces de ejercer alguna influencia. Una cocina pobre ofende la nutrición de muchos enfermos.
La Medicina es tan compleja que solo un médico bien preparado puede juzgar la corrección de cualquier tratamiento y solo un Cuerpo Médico bien organizado está en condiciones de analizar y discutir periódicamente el trabajo clínico del hospital. Pero la cuestión no está en quién es competente para juzgar un elemento particular de la atención médica, sino está en quién es, al fin y al cabo, responsable de la calidad total del hospital. Por ello se requiere la más estrecha inter-relación del Cuerpo Médico con la administración. De ahí la importancia de la constitución y funcionamiento del Comité conjunto dentro de la organización, integrado por representantes del cuerpo de gobierno del hospital y del Cuerpo Médico, por el Decano de la Facultad de Medicina y por el Director del Hospital".

"No es extraña la tendencia de algunos a mirar el Hospital como una colección más o menos ordenada de ladrillos, otros materiales y equipos. Se admira la belleza arquitectónica del nuevo hospital y sus equipos modernos. Sin embargo, la esencia del hospital no está en la planta física. Está en su estructura orgánica, en sus normas de función, en sus sistemas operantes, en su estructura moral".

"Por otro lado, una organización, aunque bien concebida, no marcha debidamente si quienes la trabajan no son los más adecuados o que siéndolo, no aprendieron a laborar juntos. Las relaciones informales del personal en la operación del hospital influyen marcadamente en su efectividad. Por eso los problemas de personal son siempre los más preocupantes".

"Hay dos patrones básicos significativos para la comprensión de la conducta social. Uno es la sanción que se aplica en el trato con grupos de funcionarios, la recompensa externa y el castigo: el halago a las acciones que conviene fomentar y el castigo por las reprobables. Las sanciones con este sistema son externas a la conducta misma, que se modula entonces para asegurar el premio o evitar el castigo. Este tipo de motivación no es conveniente en la organización. El segundo tipo de motivación es el que tiene que ver con la interiorización del premio de tal modo que el placer en la actividad llega de la actividad misma. El artesano satisfecho de su propio trabajo manual es un ejemplo de este tipo de motivación. La fuente está en el funcionamiento del yo del individuo: la expresión de su propia individualidad, talento y habilidad; en la libre determinación; en el amor propio, y en la tendencia a incorporar en el yo, objetos y actividades y considerarlos como propios. Las características de una institución social sugieren el deseo de utilizar este tipo de motivación interior".

"El mayor porcentaje del presupuesto de operación del hospital lo lleva el rubro de personal. El provecho efectivo de esa inversión está solo en el rendimiento

útil de las actividades de trabajo, al cual concurre poderosamente la capitalización de experiencia y voluntades. Es pues conveniente fomentar la carrera de administración hospitalaria y mantener una ecuánime política de administración del personal".

"La financiación de la atención hospitalaria requiere el reconocimiento de la necesidad de extender los servicios de salud con sus exigencias concomitantes. El administrador del hospital y el cuerpo médico deben estar seguros que la cantidad y procedimientos de pago sean adecuados para cubrir los costos corrientes de la provisión de los servicios, y que el pago debe reajustarse de tiempo en tiempo para cubrir el costo de expansión y mejora de la calidad de la asistencia
La responsabilidad del hospital se extiende más allá del nivel mínimo de cuidado al paciente. Los hospitales incorporan en sus programas de cuidado de la salud todos los servicios requeridos por la más alta calidad de la Medicina científica. Tienen que hacer gastos para mantener sus fines orgánicos y las facilidades de la planta física y para remodelaciones periódicas que mejoran la eficiencia y la economía de operación del hospital. Estos costos se cargan a los gastos de operación. Los gastos por mayores remodelaciones se capitalizan y los fondos se toman de las reservas para depreciación o se financian con aportes extraordinarios en el presupuesto de inversiones.
El Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", como todos los hospitales interesados en el cumplimiento leal de sus fines, requiere mayor autoridad y facultades en su administración y por ende más libertad en la selección y ubicación de su personal. Necesita un sistema adecuado de cuentas con fines administrativos, métodos expeditivos para compilar, analizar e interpretar los datos de costos que ayudan a mantener normas financieras adecuadas y que habilitan a la administración para formular su política y tomar sus decisiones".[58]

Pero el alejamiento real ocurrió al mes siguiente, después de haberse elegido las nuevas autoridades que conducirían al Hospital. Terminadas las designaciones, el Decano Crottogini invitó a Almenara a participar el 12 de enero de 1961 de la sesión del Consejo Directivo y le solicitó, antes de darle la despedida, su opinión sobre los posibles aspirantes al cargo de Director del Hospital y de Director Asistente, todos ellos asistentes a su curso de administración hospitalaria. Almenara, luego de referirse a las 10 personas que habían completado el curso con trabajos finales, concluyó:

"Sin lugar a dudas, se destaca en forma visible el Dr. Hugo Villar. El Dr. Villar ha demostrado tener un interés extraordinario por la materia. Desde



Figura 52.- Agasajo a Almenara con motivo de su alejamiento del Hospital. De izquierda a derecha, primera fila: Sra. de Arana, Sra. de Abó, Sra. de Crottogini, Sra. de Almenara, Guillermo Almenara, Luna Baddouh, Sra. de Villar, Sra. de Nowinski, Sra. de Dighiero, Sra. de Purcallas; segunda fila: Román Arana, Héctor Puppo, Jorge Sales, Luis Branda, Juan J. Crottogini, Juan Carlos del Campo, Jorge Dighiero, HugoVillar, Raúl Ruggia, Aron Nowinski, Washington Escarón, Dinor Invernizzi, Ciro Peluffo, Domingo Carlevaro, Joaquín Purcallas; tercera fila: Fernando Gómez, Aquiles Lanza, Juan C. Abó, Frank Hughes, Leandro Zubiaurre. (FDAN).

el año 58, * *el Dr. Villar era delegado estudiantil a la Comisión del Hospital de Clínicas, y estuvo siempre cerca de la Dirección. Siempre se interesó por los problemas del Hospital. Cuando dejó de ser delegado de los estudiantes, fue secretario del Sr. Decano. Penetró a fondo en los problemas administrativos, en los problemas paramédicos y demás, y cuando dejó de ser secretario del Sr. Decano, para ser Asistente de la Dirección, la dedicación del Dr. Villar ha sido absoluta."*

"En cuanto al Director del Hospital, yo, con toda honradez, con toda lealtad para la Facultad de Medicina, y correspondiendo a la confianza que ha depositado en mi persona, no puedo dejar de decir lo que realmente pienso: a mí me parece que la persona que reúne las mejores condiciones para llegar a ser un buen Director del Hospital de Clínicas, siempre que tenga el respaldo de un cuerpo de gobierno que sepa frenar o estimular como asimismo mantener el espíritu de trabajo que caracteriza a este sector, es el Dr. Hugo Villar. Estoy convencido que sería un buen Director del Hospital. Podría actuar junto a un cuerpo de gobierno que lo respalde, que le acompase y asesore. Es una persona que ha logrado conquistar con su actuación una considerable confianza

---

* Como se ha expresado anteriormente, la actuación de Villar como delegado estudiantil se extendió de junio de 1954 a setiembre de 1955, y continuó en marzo de 1958 hasta enero de 1959. (Nota de los autores)

dentro del Hospital. Cabe señalar además que el Dr. Villar mantiene su espíritu médico, profesional; pero lo mantiene dentro de lo que corresponde a un Director del Hospital. Porque el Director, debe ser médico, debe pensar como médico, y debe dirigir el Hospital como médico; pero no debe jamás ***actuar*** *como médico".*[59]

Luego de escuchar otras opiniones de Almenara sobre las cualidades de los demás participantes de su curso y sobre distintos aspectos del Hospital, el Decano agradeció la información brindada y se procedió a despedir al Director que tan eficientemente había cumplido su misión. (Fig. 52)

La actuación de Almenara al frente de la Dirección del Hospital y como docente formador de futuros administradores y directores de hospital, fue de una extraordinaria utilidad para la Facultad de Medicina, en un momento sumamente crítico para la Universidad. Consolidó las ideas transformadoras que en materia de conducción hospitalaria habían tomado cuerpo en el ambiente universitario, en consonancia con las ideas renovadoras que atravesaban la Universidad. Sentó las bases de una manera de pensar y de accionar que constituyó parte importante de los logros en la década siguiente. Y al momento de alejarse dejaba un hospital armado, entero, funcionante, con autoridades renovadas y entusiastas.

La profesión médica debate sobre el Hospital de Clínicas

El 30 de setiembre de 1960 el Sindicato Médico del Uruguay convocó una Mesa Redonda, con ponencias y discusión de sus asociados, para considerar con amplitud, la situación del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Desde que en 1924 el propio Manuel Quintela había dictado allí una conferencia, dando sus ideas propias sobre la necesidad de crear el Hospital, hasta ese momento, 36 años después, no se había entrado a fondo en la consideración de algunos aspectos fundamentales. Esa Mesa Redonda tuvo dos ponencias: una del Dr. Joaquín Purcallas Serra (1914-1984) sobre "Ubicación del Hospital en la Realidad Sanitaria Nacional" y otra del Dr. Guillermo Almenara, sobre "Ubicación del Cuerpo Médico del Hospital", en las que manifiesta sus opiniones, ya expuestas previamente. Una tercera ponencia que no pudo considerarse en esa ocasión y quedó diferida para otra oportunidad, era la del Dr. Hugo Villar acerca del "Programa de Atención Progresiva".

De la exposición de Purcallas,[60] se extraen los siguientes fragmentos, representativos del pensamiento médico del momento:

"Conviene inicialmente decir que debe celebrarse que el Sindicato Médico plantee un estudio, sobre el Hospital de Clínicas. Los médicos de este país, en

términos generales, no tienen una información adecuada de la realidad hospitalaria en general y del Hospital de Clínicas en particular."

"La realidad sanitaria nacional actual, muestra el siguiente panorama: siguió y sigue clasificando la población en indigentes, de clase media y de clase pudiente, pero además el equipo que los sirve también se encuentra clasificado y hay hospitales de pobres, de clase media y de ricos.

Dicha clasificación ya es antigua; el concepto moderno no admite, por inconveniente, esa clasificación más que en el confort a dar, no en la asistencia técnica a prestar. Nuestra actual realidad es de hospitales lujosos con gran confort para pudientes, aún cuando la calidad del acto médico como medicina de equipo, esté mejor representada para el indigente.

También derivado de esto, la docencia médica se hace con una sola clase social y no con toda la colectividad. No es raro que de resultas de esto, la docencia tenga un concepto muy limitado del mundo exterior del hospital y el alumno o recientemente graduado lo desconozca. Lanzado a la vista profesional lo rodea un mundo que desconoce y desconocido; los profesores le enseñaron técnica, pero no pudo aprender comprensión social.

Hoy se es indigente para tratamientos psiquiátricos, o de radioterapia o de alta cirugía aunque se tenga algún dinero. Se es pudiente si hay adecuado nivel de vida, para tratarse una varicela o una bronquitis. El esquema está roto y no sirve. Pero seguimos con hospitales de pobres, de clase media y de ricos".

*"**El nuevo concepto de Hospital.** A esa población hay que tratarla con los equipos que el país pueda dar, con los técnicos de que pueda disponer, todos y sólo variable para el confort de acuerdo a la posibilidad económica de cada uno. Pero es el mismo hospital, los mismos médicos, los mismos equipos para todos. Es como si hubiera agua corriente o luz para ricos, de clase media o pobres.*

Nuestros hospitales no son de la colectividad para la colectividad; se sigue el viejo esquema que hay que abandonar. Hay que hacer hospitales grandes que satisfagan las necesidades de un área y monto de población y que sirvan para cualquier clase social. Esto necesita organizar la sociedad, determinar cómo se define el objetivo, cuál es y cómo se alcanza."

*"**Hospital y Médicos**. - Su Relación. ¿Tendremos que tener hospitales como centro de cura al que concurran todos los enfermos y es la casa donde actúan los médicos?*

El hospital así es el centro de la acción sanitaria y constituye el único representante de esa acción. Éste es el esquema americano; casi no existe asistencia domiciliaria, se necesita un gran número de camas para atender la población y se presta alta técnica en su cuidado.

¿O debemos tener al hospital como la casa de salud para lo que no puede tratarse en domicilio? ¿Es la nuestra una sociedad tan tecnificada que no se puede brindarle cuidados familiares, con todo el bagaje de sentimiento o afecto, o no? ¿Es conveniente?

¿Y el médico? Debe ser un funcionario del hospital y no actuar fuera de él o es mejor que el hospital exista, rodeado de una cantidad grande de consultorios médicos, para tener como base de la acción sanitaria el viejo médico de familia e interrelacionado con el hospital.

Yo me inclino por esta forma de organización. Los hospitales para el cuidado de lo imprescindible y una pléyade de médicos afectados al cuidado asistencial, preventivo, psíquico y de relaciones humanas, difusor de cultura, en una zona y para una determinada masa de población con la que se identifica. Es el concepto inglés y francés.

Como no tenemos tantos recursos económicos no podemos tener tantas camas, tanto capital para construirlos, tanto capital para equiparlos. Nuestro norte debe ser pocas camas, bien tenidas, para lo necesario, y un cuidado de salud descentralizado a cargo de numerosos médicos. Menos técnica, más alma. Menos edificios hospitalarios, más hogar y más familia. Más barato para seguir en todos los órdenes nuestro desarrollo social y humano."

*"**El Hospital Universitario.- Sus insuficiencias**.- Éste es el concepto moderno del hospital y es lo que debe ser un hospital universitario: Una unidad de asistencia médica completa, de enfermos agudos, de corta enfermedad, conectada con una red sanitaria para la asistencia de la larga enfermedad, del convaleciente y del crónico. Este rubro es poco definido en el Hospital de Clínicas por esa falta de coordinación con Salud Pública y una ausencia de capacidad de ésta.*

La asistencia de sus consultas externas, que deben proyectarse al exterior, ir a la colectividad, para la asistencia de Emergencia y domiciliaria. Este rubro está ausente en el Hospital de Clínicas. Y como función docente, se hace inadecuada: no prepara a los futuros médicos para esa asistencia domiciliaria y aún en la de emergencia es pobre. Da como resultado que los médicos jóvenes y los que vendrán, han recIbído enseñanza en cama de hospital, no enseñanza de cama en domicilio del enfermo y no se les ha enseñado a valorar sus problemas sociales y aprender a resolverlos."

***"El Hospital Universitario – Sus méritos**. - En este momento en que se señalan insuficiencias y faltas de un desarrollo completo del hospital universitario, corresponde decir sus méritos, sobre todo con el actual desborde de la crítica política desleal o de la ignorancia supina agresiva, usando la crítica al Hospital con destino al Rector de la Universidad, consiguiendo destruir la confianza del pueblo al Hospital universitario lo que configura una evidente acción torpe y sucia.*

Como tales, se puede exhibir el de ser el primer intento serio en el país, de organización hospitalaria, por ahora no sanitaria, aunque se tendrá que plantear en algún momento. De organización hospitalaria que enseñando difunde técnica y cultura. En este momento en que se dice que la cama del Hospital de Clínicas cuesta cuatro veces más que la de Salud Pública, debe decirse que en recursos al Hospital de Clínicas le falta tres lo que a Salud Pública diez; la comparación no debe hacerse para sacar la consecuencia que el Hospital de Clínicas es dispendioso y debe bajársele los recursos, sino que ambos órganos asistenciales deben subir y mucho; más Salud Pública que el Hospital de Clínicas. Que las camas del Hospital de Clínicas no deben ser iguales a las del Maciel, sino las del Maciel iguales a las del Hospital de Clínicas, más parecidas a las que soñamos que a las que tenemos actualmente.

Tiene cursos y graduados en Enfermería, Archivo Clínico, Alimentación, Rayos X, Laboratorio, Servicio Social (por la Universidad), Transfusionistas, etc., y ha traído técnicos de valía internacional para permitirnos aprender la técnica que nos falta. Es una técnica que evoluciona; se van formando equipos de técnicos, se va progresando; no deben señalarse las insuficiencias sin señalar el progreso.”

*“**Tipificación de la Clientela del Hospital**.- En la realidad actual, el hospital no puede cambiar su política totalmente, dejar de ser hospital de indigentes y pasar a ser de la colectividad. Ello forma parte, no se puede hacer de otra manera, de un plan general de sanidad y solo el Ministerio Público de Salud tiene la responsabilidad de plantearlo y llevarlo a la práctica.*

Hecho el plan por el Ministerio Público, debe hacerse el acuerdo de funciones y disponer qué hace el Hospital de Clínicas dentro de ese plan.

Por ello, todo lo que se haga ahora es artificioso y de poco valor. Es circunstancial. Se toma un camino; se puede tomar cualquier otro.

Creemos que en el momento actual el Hospital de Clínicas debe destinarse para los indigentes porque las rentas se originan por el Estado para eso. No puede tomar otra clientela que esa salvo emergencias o excepcionalidades diagnósticas o terapéuticas, de técnicos o equipos. También debe tomar a aquellos que los seguros voluntarios no los aceptan por razones de edad o de enfermedad presente o pasada. A estos últimos debe cobrarles sus servicios, como freno, no como generación de renta.

Los límites de gratuidad deben ser razonables. NO aceptar los actuales de Salud Pública porque responden a un sentimiento que no compartimos.

No obstante dentro de la realidad actual, creo podría incorporarse masas de asegurados de salud, a condición de convenir con otras instituciones, la prestación de la asistencia de emergencia, y de consultas externas y domiciliarias. Con ello se iría consiguiendo cada vez más que el hospital tuviera un carácter más aproximado a la colectividad.

Más, deben brindarse, con prestación de pago, la asistencia a pudientes, como son los de cirugía cardiovascular, neurología, por ejemplo, cuando no se puede hacer en ningún otro lado, las comodidades respectivas y permitir el cobro por parte de los profesionales actuantes aparte. Con ello estimularíamos el progreso de la ciencia y ayudaríamos a su abordaje para todos los habitantes."

La visión de la prensa montevideana entre 1953 y 1960

Después de los comentarios de la prensa referidos a la inauguración del Hospital, que como ya se refirió fueron, con algunas excepciones, en general elogiosos y expectantes, durante el resto de la década del cincuenta, no abundaron los artículos sobre el hospital universitario. La llamada "prensa grande", en general afín a las posiciones de los partidos tradicionales, tendía, según las conveniencias políticas del momento, a ignorar o a deslizar críticas a distintos aspectos del quehacer hospitalario; mientras que la prensa vinculada a partidos de izquierda y la prensa universitaria y sindical tendían a difundir las acciones positivas del Hospital y a defender sus posiciones en los casos de conflicto con las autoridades del gobierno. Esta divergencia se fue haciendo más notoria hacia el final de la década, seguramente acicateada por la situación política del país, que se encaminaba a la derrota del gobernante partido batllista, y en especial por la efervescencia universitaria alrededor de la consideración parlamentaria de la nueva Ley Orgánica para la Universidad, sucesos ocurridos ambos en 1958. La campaña llevada adelante por la Asociación de los Estudiantes de Medicina (AEM) y la Federación de Estudiantes Universitarios del Uruguay (FEUU) fue de una intensidad que no tenía antecedentes. Se fueron sucediendo actos callejeros y manifestaciones donde era reiterativa la consigna de "obreros y estudiantes, unidos y adelante". En octubre se inició una huelga general universitaria y a ella se sumó la ocupación de la Universidad y posteriormente de algunas Facultades, entre ellas la de Medicina, todo lo cual se reflejó en la prensa estudiantil, sindical y universitaria, como ya se dejó establecido más arriba en este capítulo.

Dos años después, en 1960, ya con un nuevo gobierno, esta vez nacionalista, se agregaron nuevas movilizaciones en torno a la defensa del nuevo Presupuesto para la Universidad. Los siguientes son algunos ejemplos de lo anterior. Como se ve, ya se comenzaba a hablar del cierre del Hospital por falta de recursos económicos.

Gaceta de la Universidad en junio de 1960 (Fig. 53) adelantaba la crisis presupuestal del Hospital:

"La crítica situación que atraviesa el Hospital de Clínicas. El Hospital de Clínicas está en crisis. El Rector Prof. Mario Cassinoni anunció formalmente que en el mes de agosto se agotará el rubro de gastos del Hospital Universitario, esperanza


EL HOSPITAL UNIVERSITARIO:

¿Que le quedará por hacer?

GACETA DE LA Universidad

PUBLICACION OFICIAL DE LA UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA

MONTEVIDEO, JUNIO DE 1960

CUANDO SE ACABEN LOS RECURSOS

Figura 53.- *Gaceta de la Universidad* manifiesta inquietud por el futuro del Hospital si no se aumenta su presupuesto. (FDAN).

grande del país, por los servicios imprescindibles que presta a la población. La crisis se producirá a los 7 años justos del comienzo de la habilitación. Las consecuecias son de extrema gravedad, pues la administración está abocada a la reducción drástica del número de camas o al cierre del Hospital. Las dificultades son debidas al ascenso desmesurado del costo de los alimentos, medicamentos, material básico para el funcionamiento de servicios como los laboratorios y placas radiográficas"…… "El Dr. Almenara, médico peruano, de una competencia en administración hospitalaria reconocida universalmente, ha tenido serias dificultades en llevar adelante su tarea. Ya por falta de colaboración de los jerarcas administrativos, ya por notorias irregularidades en la adquisición de alimentos; en fin, debemos admitirlo y lamentarlo, por nuestra idiosincrasia nacional. Esta falla en la disciplina y en la responsabilidad personal de todos y de cada uno de los integrantes del Hospital de Clínicas se ha acentuado al sobrevenir las dificultades económicas que inclinan al desaliento".[61]

En otra parte del mismo ejemplar, en una entrevista al Prof. Abel Chifflet, éste, luego de señalar que lo asignado por el presupuesto para el año 1960 se agotaba en agosto y que ése era el problema principal a solucionar, opinaba sobre otras medidas a tomar y finalizaba con otros comentarios:

"Debemos evitar que los enfermos esperen días y semanas la hora para ser operados o para hacer una radiografía". "Deseo terminar insistiendo en que se va perdiendo el tono con que se mantuvo el Hospital de Clínicas en marcha y que hay en técnicos y funcionarios un pesimismo que debemos suprimir. Debemos crear una nueva mística y para ello colocar en el centro de todos nosotros al enfermo, única razón de ser del hospital".[62]

SILENCIO Y OBJECIONES

La importante experiencia del Hospital de Clínicas

Cuando se construyó y habilitó —es cierto que parcialmente— el Hospital de Clínicas, poniéndolo bajo la regencia directa de la Facultad de Medicina y, por ende, de la Universidad, se atribuyó gran importancia a lo que aparecía como una experiencia - piloto, según se acostumbra a decir ahora, en el campo de la asistencia hospitalaria.

Han pasado años, el hospital clínico funciona con algunos de sus servicios, se dice que a un costo altísimo, y procurando una asistencia técnicamente buena. Pero se ha objetado con cifras y con algunos expresivos episodios, un par de características del citado centro de salud: lo que cuesta al erario, por un lado, sus defectos de organización administrativa, por otro.

A pesar de lo cuantioso de la inversión, la existencia y el funcionamiento del Hospital de Clínicas no han cambiado sustancialmente el panorama de la asistencia en el país ni en la ciudad. Por el contrario, los años que lleva de habilitado plantean interrogantes cada día mayores, y aún enjuician el extremo que más se discutiera en los días en que el hospital se terminó: el de las ventajas y desventajas que ofrecía la administración de un gran hospital por un instituto docente. Por supuesto, al entregárselo a una casa de estudios superiores se quiso enfatizar el carácter de clínica y enseñanza, en la prolongación que un hospital supone para los cursos teóricos de una facultad. Pero lo cierto es que, si no el nombre y si no en la escala de éste, otros hospitales habían tenido, antes que el llamado Dr. Manuel Quintela, esa condición de centros clínicos y universitarios, sin que a tal misión obstara su regencia por el Ministerio de Salud Pública, en el régimen común a todos los nosocomios.

Con el Hospital de Clínicas quiso hacerse una experiencia diferente, y son los resultados de ella los que hoy no parecen brillantes y resultan, en cambio, muy onerosos. Los interrogantes a que aludimos han sido fomentados por un silencio contraproducente de la Universidad. Incluso para defender la procedencia del régimen que le confiaba un hospital tan importante, la Universidad no ha debido permanecer en silencio frente a las críticas frecuentes. Porque si bien algunas de esas críticas pueden estar dictadas por la intención política, otras provienen de los mismos ambientes médicos, tienen más autoridad y son más objetivas.

Hospital muy caro, hospital sólo parcialmente habilitado, hospital con graves fallas en su administración —aún reconociendo que no es de fácil manejo— ha hecho ya declinar el entusiasmo con que se le saludó en la hora de su comienzo, cuando se veía en él un posible modelo de perfecciones asistenciales.

Esto no ha ocurrido, porque —como hemos dicho— si el nivel técnico de la asistencia es allí satisfactorio, a veces por la contracción abnegada de profesores y jefes de clínica, el engranaje en total se resiente de deficiencias que ya van tomando patente de perdurabilidad, y funciona a costos tan altos que no puede pensarse en la extensión del ensayo a otros nosocomios.

La Universidad debe hacer oír su voz, porque su silencio no puede tener el efecto de segregar del concierto social, como problema interno al orden universitario, al mejor hospital que tiene el país. Y porque ese silencio deja en pie algunas críticas que no prestigian al instituto, y que están haciendo descreer de todo lo que se anticipó, acerca de la influencia del clínico en la prestación e la asistencia sanitaria. En la escala en que debió haberse abordado la empresa, los resultados se han quedado muy chicos.

LAS ACTIVIDADES

Figura 54.- Artículo crítico del Hospital publicado en *El Diario* el 19 de setiembre de 1960. (FDAN).

El 19 de setiembre de 1960, en un artículo de opinión, *El Diario* criticó el funcionamiento del Hospital, calificándolo de "muy caro, hospital solo parcialmente habilitado, hospital con graves fallas en lo administrativo" (Fig. 54).

La abundancia de las críticas de todo tipo, a veces sin fundamento, obligó a una respuesta por parte de la Facultad de Medicina. El vespertino *El Diario* del 7 de octubre de 1960 bajo el título *"Grave insuficiencia presupuestal en el Clínicas señalaron"* se refiere a una conferencia de prensa dada por el Decano Crottogini en el Hospital de Clínicas para responder las reiteradas críticas de la prensa. Relata el cronista que el Decano reseñó los servicios que presta el Hospital aportando cifras de producción, disponiendo de un presupuesto aprobado 4 años antes y con costos en alza constante y comentando que esa situación presupuestal repercutía en la eficiencia de los servicios asistenciales. A continuación se proyectaron diapositivas con diversos recortes de prensa criticando al Hospital, a los que fue respondiendo el Decano. La primera fue un comentario periodístico en el que se hacía referencia a la contratación por $10.000 mensuales al Director, quien a su vez disponía de casa, comida y servidumbre y a quien se proyectaba aumentar su sueldo a $15.000 mensuales. El Dr. Crottogini señaló que a este personal se paga en todo el mundo mil dólares mensuales, que cuando fue contratado su equivalente en pesos uruguayos era de $4.500 y ahora algo más de $11.000 por la desvalorización de nuestra moneda; que la casa es el propio hospital; que la comida la compra con dinero propio y la servidumbre se limita a dos limpiadoras. Señaló que solo por un error de información se puede afirmar que se proyecta aumentarle el sueldo a $15.000. Otro recorte comentaba que hace un año no funciona un ascensor por falta de un repuesto que vale $50. Contestó que es inexacto, pero que sí hay problemas con los ascensores, de número exiguo para el edificio. El siguiente mencionaba a los "rateros" dentro del Hospital. El Dr. Crottogini observó que ese problema existe y que persiste a pesar de haber nombrado a funcionarios de Investigaciones para trabajar en el Hospital. Otro recorte hacía mención a problemas técnicos en el abastecimiento de agua, a lo que respondió que el problema no era de la magnitud manifestada.



UNA AUTOPSIA REVELADORA

2 Pinzas, Puntero Metálico y Compresa Fueron Halladas Dentro de un Cadáver

VICTIMA DE ACCIDENTE AUTOMOVILISTICO E INTERVENIDO EN EL "CLINICAS"

Figura 55.- Titular del diario *la Mañana* del 20 de marzo de 1960. (FDAN).

EL INCONCEBIBLE DESCUIDO EN LA OPERACION HABRIA CAUSADO LA MUERTE A VILLALBA ABALOS

Figura 56.- Artículo aparecido en *La Mañana* el 21 de marzo de 1960. (FDAN).

Hechos Graves en Clínicas

ALGUNOS hechos acaecidos en los últimos tiempos en el Hospital de Clínicas hacen pensar que asistimos a un estruendoso fracaso de la dirección actual del citado nosocomio.

Pasemos revista a algunos de ellos, a los efectos de verificar la verdad de nuestro aserto.

1) Hace algunos años se inundó una parte importante del edificio, causando pérdidas ingentes, debido a la negligencia de las autoridades.

2) Por lo menos una vez, y creemos que alguna más, se entregó el cadáver de una persona por el de otra.

3) Se somete a los pacientes a largas esperas, poniendo en grave peligro su salud.

4) No hace mucho una señora que había sido sometida a una operación quirúrgica fue dejada durante largo tiempo en un corredor, expuesta al frío, lo que le provocó una congestión pulmonar.

5) Al ser llevado por el pulmotor de la UTE un paciente que estaba siendo sometido a masajes al corazón con lo que se había logrado mantenerlo vivo, después de haber sufrido un accidente, fue sometido a todo un trámite burocrático que le significó el deceso al no seguir aplicándole los masajes.

6) Un día los familiares de una enferma reciben un aviso de que su familiar estaba grave. Se trasladan rápidamente con la angustia lógica del caso y se encuentran con que se habían equivocado... y la grave era otra enferma.

7) Por último, en estos días la prensa se ocupa de otro hecho gravísimo. Al hacerle la autopsia a un fallecido se le encontraron dentro del cuerpo varias piezas de cirugía, lo que ha creado la duda sobre la verdadera causa del deceso.

Estos son, por ahora, algunos hechos, difundidos o no, acaecidos en el Hospital de Clínicas, y que denotan que a pesar de las grandes sumas de dinero de que disponen para prestar el servicio hospitalario, infinitamente superior al de los otros hospitales, no realizan su labor como es debido.

Figura 57.- *El Plata*, 22 de marzo de 1960. (FDAN).

En otro orden, se proyectó un recorte del diario *La Mañana* en el que se señalaba que dentro de un cadáver se encontró instrumental quirúrgico (Figs. 55), noticia reiterada en el mismo matutino y en el diario *El Plata* los días siguientes (Figs. 56 y 57). El hecho era cierto, pero aclaró el Decano que la persona murió a consecuencia de gravísimas heridas y no por el instrumental dejado en su interior por el personal que se prodigaba por salvar una vida, como fue relatado días después en un artículo del diario *El País* (Fig. 58). Otro recorte hacía referencia a un obrero electrocutado a quien no se atendió en la forma aconsejada por el médico que lo atendió en primera instancia. El Dr. Crottogini señaló que este médico desmintió terminantemente las manifestaciones del periódico. Por último se proyectó un suelto referente a la violación de licitaciones públicas por parte del Clínicas. El Dr. Crottogini explicó que el mecanismo de licitaciones es anticuado y se halla en estudio su modificación. Termina el articulista:

Habría muerto por el accidente

EL CASO DEL CADAVER CON INSTRUMENTOS QUIRURGICOS EN SU INTERIOR: TIENDE YA A QUEDAR COMPLETAMENTE ESCLARECIDO

(Continuación de la página 4)

y la víctima del accidente fue urgentemente trasladada al Hospital de Clínicas donde hubo de operársele de inmediato. Sin embargo el accidentado murió y el Juez de Pando Dr. Jorge Pezzano ordenó que se le practicara la autopsia al cadáver. La tarea fue realizada por el Médico Forense de Canelones Dr. Carlos Suero, el que se expidió especificando las lesiones que presentaba el cuerpo a raíz del accidente y consignando el hallazgo que había realizado en el cadáver. El instrumental aludido fue enviado a la Justicia Letrada Departamental a cargo del Dr. Fernando Mier Nadal.

¿De qué murió la víctima? — A esta altura de las cosas a la Justicia se le planteó el dilema de saber concienzudamente de qué había muerto Villalba Abalos. ¿A consecuencia de las lesiones recibidas en el accidente o por la presencia de instrumentos quirúrgicos dejados inexplicablemente en su cuerpo?

Ante esta duda la defensa del automovilista solicitó —y obtuvo de inmediato— la libertad del conductor. Pero entonces debía averiguarse qué fue lo que causó la muerte.

Para ello el Juez Dr. Mier Nadal solicitó ayer al Dr. Suero una nueva investigación al respecto y simultáneamente requirió del Hospital de Clínicas los nombres del profesional y ayudantes que practicaron la intervención quirúrgica.

Sin embargo todo parece indicar que la satisfacción de estos dos extremos solicitados por la Justicia Letrada Departamental de Canelones, no pasará de ser mera fórmula legal si —como se prevé— el panorama sigue aclarándose de acuerdo a como lo explicó anoche a EL PAIS el Dr. Diamante Bennati, actualmente como Decano Interino de la Facultad de Medicina y por tanto en la Dirección del Hospital de Clínicas por licencia de su titular.

La operación en el Clínicas. — Cuando instamos telefónicamente al Dr. Bennati para que hablara en torno al caso, fue seguro y terminante: "El paciente murió durante la operación y debido exclusivamente a las lesiones que sufriera en el accidente" —dijo.

En la noche del 6 de este mes llegó a la puerta del hospital un politraumatizado muy grave, en estado agudo de shock y con gran hemorragia. Tenía heridas graves en el bazo y en la arteria renal. De la puerta se le conduce directamente al piso quirúrgico operatorio y mientras comienza una transfusión de cinco litros de sangre se abre el abdomen. Cuando el cirujano trabaja allí el paciente sufre un paro cardíaco siendo necesario abandonar la zona de operación abdominal y masajear el corazón. Minutos después el músculo comienza nuevamente a funcionar y el médico vuelve al abdomen hasta que sobreviene un segundo paro cardíaco. Hay falta de sangre.

Otra vez se masajea el órgano por espacio de media hora al cabo de la cual el corazón no ha vuelto a funcionar. Desde el punto de vista estrictamente médico el paciente ha muerto y el acto quirúrgico se interrumpe. Cuando esto acontece el cadáver no es cosido, sino que sólo se le dan algunas puntadas. Más en estos casos en que la Justicia es seguro que ordena la realización de autopsia por el origen de las lesiones: accidente, o hechos de sangre o casos dudosos.

Pero lo que ocurrió —según lo explica el Dr. Bennati— es que privó un "sentido estético", podría llamársele, de parte de los ayudantes que, cosiendo las paredes abdominales abiertas, confirieron al caso el carácter de acto quirúrgico terminado, cuando en realidad no había sido así por cuanto el paciente había muerto antes de terminar la intervención. Por inadvertencia las pinzas, el puntero metálico y la compresa no fueron retirados de la cavidad abdominal, y si bien ello es anormal para el fondo de la cuestión no varía en nada las cosas.

Figura 58.- *El País*, 24 de marzo de 1960. (FDAN).

"Todas estas explicaciones tendieron a demostrar que el Hospital necesita de los mayores recursos para cumplir sus

funciones asistenciales y docentes y que hieren su prestigio bien ganado afirmaciones falsas, carentes de seriedad y fundadas en razones incomprensibles". [63]

La conflictiva situación que enferentaba a la Universidad y en especial la Facultad de Medicina con el gobierno nacional se vio agravada en octubre de 1960, cuando se produjo un asalto al edificio central de la Universidad por un grupo armado integrado mayoritariamente por estudiantes de medicina opuestos a la FEUU, en intento de ocupación (Fig. 59). El Consejo Directivo de la Facultad de Medicina sancionó severamente a los estudiantes involucrados.

El diario ahora oficialista *El País* el 29 de noviembre de 1960 transcribía las palabras pronunciadas por el diputado nacionalista Dr. Artemio Machado en el Parlamento en ocasión de tratarse el presupuesto, palabras que traducían el áspero clima que se vivía, plagado de desinformación y caprichosas interpretaciones. Bajo el título: "*Formuló duras críticas al estado del Hospital de Clínicas el Dr. Machado"* expresaba:

"…Hemos visto ahora la Universidad ocupada con pretexto presupuestal sin dignidad y sin decoro, ausente la voz que se levantara para decir ésta es nuestra casa y nadie la tocará. Para esa Universidad así gobernada estamos votando el mejor presupuesto que ella haya tenido jamás; presupuesto que las autoridades autónomas desvían hacia el desastre administrativo del Hospital de Clínicas, cuyo administrador



ASALTO ARMADO

TIROTEO CONTRA FUNCIONARIOS Y ESTUDIANTES

GACETA DE LA Universidad

PUBLICACION OFICIAL DE LA UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA

Año IV — MONTEVIDEO — Nº 14

Figura 59.- *La Gaceta de la Universidad* comenta el asalto a la Universidad del 5 de octubre de 1960. (FDAN).

estará dotado de un sueldo de 1500 dólares, dos pasajes anuales para el Perú, casa y servicio. El sueldo de este administrador será así de aproximadamente 25.000 pesos mensuales, es más generoso, por mucho, al más alto del país, generosidad que paga el presupuesto universitario a expensas de sus 9 Facultades. Agrega a ello la desaparición permanente e irrecuperada de sus bienes por evasiones furtivas: la desaparición de miles de lamparillas eléctricas, colchones y ropas de cama; equipos técnicos completos de alto valor, microscopios y diversos elementos de laboratorio y un aparato completo de Rayos X……Referido al Hospital de Clínicas, dijo no ha mucho un alto jerarca administrativo estadounidense que su país no podría sostener un servicio tan oneroso. Y aquí se sostiene, sin responsabilidad financiera, sin capacidad administrativa, ese monstruo de lujo, esa muñeca rococó, que está incidiendo sobre la marcha de la Universidad por no cumplir la misión asignada en los propósitos y sueños del doctor Manuel Quintela, y por estar succionando de las diversas Facultades los recursos que aquí votamos en forma global".[64]

La importancia de los asesores y directores extranjeros

Durante toda la década del cincuenta la dirección del Hospital de Clínicas pasó por una situación de inestabilidad casi permanente. Los primeros dos años estuvo a cargo de la Comisión del Hospital de Clínicas, presidida por el Decano, cuya carencia de conocimientos de administración hospitalaria era reconocida y asumida. Compensó esta carencia con dedicación, esfuerzos y en especial con el asesoramiento de Odair Pacheco Pedroso, un experto en la adiministración de hospitales, en ese tiempo la máxima autoridad en la materia en América Latina, pero que no podía estar en forma permanente en Montevideo. A este período siguió la polémica y breve actuación como encargado de la dirección del médico uruguayo Helvecio Tabárez, que contaba con el apoyo de Pedroso pero que no satisfizo a la Comisión ni al Consejo Directivo de la Facultad. Luego de Tabárez se contrató al chileno Hugo Enríquez, por un período de meses, que no conformó al orden estudiantil. A continuación fue contratado el peruano Guillermo Almenara, para los últimos tres años, período que no pudo cumplir en forma personal por la enfermedad que lo afectó y que lo obligó a delegar gran parte de sus responsabilidades como Director en los Asistentes de Dirección durante los últimos meses.

Estos tres expertos extranjeros, Pedroso, Enríquez y Almenara, con sus personalidades tan diversas y con un grado de aprobación muy distinto, reunían sin embargo varias características comunes, que dieron especial jerarquía a sus respectivas gestiones. Estas características fueron su idoneidad en la disciplina de administración y dirección, el tener como objetivo casi obsesivo la formación

de técnicos uruguayos en la especialidad que desempeñaban y una especial aptitud para relacionarse con el medio y proveer de información al público.

Datos biográficos de Guillermo Almenara

El Dr. Guillermo Almenara Irigoyen (Fig. 60) fue quien contribuyó por más largo tiempo, durante tres años en una tarea continuada, a la marcha ascendente y firme del Hospital en esta etapa.

Almenara nació en Lima el 22 de enero de 1890. Fueron sus padres el doctor Francisco Almenara Butler y doña Elvira Irigoyen. Su padre era un destacado médico, profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM) y fundador de la Cátedra de Pediatría. Guillermo hizo sus estudios primarios en el Colegio San José de Cluny y posteriormente se trasladó a La Recoleta, donde culminó la secundaria. Tuvo oportunidad de conocer Montevideo en su niñez, acompañando a su padre a un congreso organizado por Luis Morquio. A los 16 años ingresó a la Facultad de Ciencias Naturales de la UNMSM. Cinco años más tarde se graduó de bachiller, presentando una tesis que recibió el voto unánime del jurado. Un año después obtuvo el grado de Doctor en Ciencias Naturales con las más altas calificaciones. Simultáneamente estudió Medicina, especialidad que años más



Figura 60.- Guillermo Almenara (1890-1974). (FDAN).

tarde concentraría sus esfuerzos. En 1915 obtuvo el título de médico cirujano y fue premiado con una beca. En 1939 el Presidente de la República Óscar R. Benavides nombró una comisión integrada por el Dr. Guillermo Almenara y los abogados Edgardo Rebagliatti y Juan José Calle, para que sentara las bases de la Seguridad Social. El esfuerzo de estos tres destacados profesionales se tradujo en la Ley de la Caja Nacional del Seguro Social Obrero, la primera norma de seguridad social del Perú. En 1940 se le encomendó la organización del Hospital Obrero de Lima. Para culminar su obra adquirió equipos médicos de Estados Unidos e introdujo las técnicas más avanzadas en procedimientos asistenciales y de administración hospitalaria. Al año de dejar la dirección del Hospital Obrero fue nombrado Superintendente General de Hospitales de la Caja Nacional de la Seguridad Social. En 1959 renunció definitivamente a esta institución. Como se ha señalado anteriormente, desde 1958 a 1960 actuó en Uruguay, dirigiendo el Hospital de Clínicas. Durante este período uruguayo fue designado Vicepresidente del Comité de Expertos en Organización de Servicios Médicos, dependiente de la OMS, en marzo de 1959. Almenara falleció en 1974, a la edad de 84 años. En su memoria el hospital que él organizó se denomina, desde 1981: Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

La importancia de su paso por Montevideo y el Hospital de Clínicas queda revelada en los conceptos vertidos por distintas autoridades de la Facultad y el Hospital:

> *"Una cosa es indiscutible: las condiciones de caballerosidad, de gran señor, el espíritu de trabajo, de empresa, de imaginación, de buena voluntad, de acendrado cariño por las tareas de administración hospitalaria que ha demostrado el Dr. Almenara" (Decano Prof. J. J. Crottogini)*

> *"La gestión del Dr. Almenara, desarrollada en nuestro medio, todavía muy inmaduro, y a través de la técnica que profesa con tanto cariño, ha sembrado la semilla de una futura escuela de Administración hospitalaria que, con el correr de los años, adquirirá mayor volumen y significación. La actuación del Dr. Almenara en este campo nos ha hecho progresar varias décadas. Y ahora, en el momento del regreso a su patria, debe tener presente que deja entre nosotros el ejemplo de su hombría de bien, la vigencia de su obra y el reconocimiento de nuestro orden y el recuerdo cariñoso y amistoso de todos los que le tuvieron como director y particularmente de aquellos que tuvieron la suerte de tratarlo y conocerlo" (Br. Jorge Sales, delegado estudiantil al Consejo Directivo de la Facutad de Medicina).*

> *"Lo que más impresión nos ha dejado, y es la faceta por la cual lo vamos a recordar más intensamente, es su condición humana. Entendemos que el Dr. Almenara ha actuado con corrección, con un juego abierto y franco, entrando siempre a considerar los problemas con altruismo, sin entrar en pequeñeces*

personales a las cuales algunas veces se pretendió llevarlo, de tal modo que ha permanecido totalmente intacto, indemne a los ataques que se intentaron contra él". (Dr. Aquiles Lanza Seré, delegado de los egresados al Consejo Directivo de la Facultad de Medicina).

"El tiempo se encargará de decir cuánto deben el Hospital de Clínicas, la Facultad de Medicina y la Universidad de la República a estos tres años que el Dr. Almenara ha pasado con nosotros. Estoy seguro que no arriesgamos ningún juicio apresurado al decir que esta labor ha sido de importancia fundamental y que marcará una etapa decisiva en la cual tendrá su lugar el optimismo que nos ha dejado respecto a la marcha futura del Hospital" (Prof. Román Arana, integrante de la Comisión del Hospital de Clínicas).[65]

FUENTES Y REFERENCIAS DE LA TERCERA PARTE

1- Cassinoni M: Discurso pronunciado al tomar posesión la Universidad del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". En: Cassinoni M: Memoria del Decanato correspondiente a los períodos 1949-1950 y 1950-1953, Montevideo, 1954, Facultad de Medicina, pp:231-235.
2- Cassinoni M.: Discurso pronunciado en la inauguración del Primer Congreso Uruguayo de Cirugía, Montevideo, 15 de diciembre de 1950.
3- CHC. Acta del 12 de setiembre de 1950.
4- *Síntesis*, 1949 (3) (Oct - Dic).
5- *Síntesis,* 1950 (7) (Oct - Dic)
6- "Sobre la campaña que cierta prensa ha desatado alrededor del Hospital de Clínicas y su habilitación. Críticas injustas" *El Estudiante Libre* enero 1951, pp:19-20.
7- "Realidad y perspectivas del Hospital de Clínicas" *Acción Sindical*, Nº 70, marzo 1951, pp:36-41
8- "El Hospital de Clínicas ya podrá funcionar en el curso de este año". Diario *Acción*, Nº 831, 16 de febrero de 1951, p: 2.
9- Reglamento General del Hospital de Clínicas. Memoria del Decanato de Mario Cassinoni correspondientes a los períodos 1949-1950 y 1950-1953. Montevideo, 1954, Facultad de Medicina, p:217. Este Reglamento en su totalidad (10 páginas) fue publicado en forma independiente. Montevideo, 1951, Facultad de Medicina (FDAN).
10- CHC. Acta del 13 de marzo de 1952.
11- Respuesta a un pedido de informes sobre el Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Montevideo, 1951, Facultad de Medicina, 65 páginas. (FDAN)
12- Cassinoni M: Memoria del Decanato correspondiente a los períodos 1949-1950 y 1950-1953. Montevideo, 1954, Facultad de Medicina.
13- Chifflet A: El Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, Montevideo, 1948, p :5.
14- Jourdan D: Informe de actuación 1950-1954. Junio de 1954 (FDAN).
15- CDFM. Acta del 23 de setiembre de 1954.
16- CHC. Acta del 5 de octubre de 1954.
17- Informe de Comisión Investigadora del Consejo Directivo de la Facultad de Medicina sobre la actuación del Director interino del Hospital de Clínicas. Archivo documental del Sindicato Médico del Uruguay.
18- CHC. Acta del 13 de setiembre de 1955.
19- Id. Acta del 15 de noviembre de 1955.
20- Ravera J J: Pocitos de Pereyra p'abajo. Montevideo, 1995.
21- Chifflet G: "El Hospital de Clínicas. Magnífica realización de los técnicos universitarios". Semanario *El Sol,* 30-9-1953.
22- Diario *El Plata*, Montevideo, 24 de setiembre de 1953. Año XL, Nª14026, p: 3.
23- "El Hospital de Clínicas es ya una realidad en marcha". Diario *Acción,* 28 y 30-9-1953.

24- Carlevaro PV: Mario Cassinoni (1907-1965). En: Gutiérrez Blanco H: *Médicos uruguayos ejemplares*, Tomo 2, Montevideo, 1989, pp:409-421..
25- *An Fac Med Montevideo* 1947, 32:683.
26- *Memoria del Decanato de Mario Cassinoni correspondiente a los períodos 1949-1950 y 1950-1953*. Montevideo, 1954, Facultad de Medicina.
27- Nowinski A: Programa de Actividades del Departamento de Bienestar Estudiantil. Montevideo, 1958, Universidad de la República, p:33. (FDAN).
28- Carlevaro PV: Op. cit.
29- Nowinski A: Semblanza del Prof. Dr. Odair Pacheco Pedroso (1909-1981).
30- Veronelli J.C., Veronelli Corrach M.: Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina. Buenos Aires 2004, OPS/OMS, 2 tomos. 712 páginas.
31- "Lo realizado en el Hospital de Clínicas por la Universidad", *El Estudiante Libre* Año XXX, Nº 198 (enero 1951) Montevideo.
32- "Realidad y Perspectiva del Hospital de Clínicas". *Acción Sindical* Nº 70, marzo 1951, pp: 36-41.
33- "El Hospital de Clínicas ya podrá funcionar en el curso de este año". *Acción,* Año III, Nº 831, 16 de febrero de 1951.
34- *Boletín Informativo* del Hospital de Clínicas No. 3 25/01- 15/02/1954.
35- Resoluciones del Decano Interventor de la Facultad de Medicina. Acta del 13 de junio de 1980.
36- Sindicato Médico del Uruguay. Actas del 22 y 29 de octubre de 1958 y 11 de abril y 30 de setiembre de 1960.
37- Minatta R: Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, 21-IX-1953 al 31-XII-1963. Informe del Dpto. Historias Clínicas y Estadística Médica a la Dirección del Hospital, junio de 1964. (FDAN).
38- Enríquez H: El Hospital de Clínicas "Doctor Manuel Quintela" y su aporte a la salud, docencia e investigación médica en el Uruguay. Folleto de 12 páginas. Montevideo, 1956. Imprenta Rosgal. (FDAN).
39- CHC. Acta del 3 de abril de 1956.
40- Id. Acta del 20 de marzo de 1956.
41- Id. Acta del 24 de abril de 1956.
42- *El Estudiante Libre*, enero de 1957.
43- CDFM. Acta del 21 de marzo de 1957.
44- Id. Acta del 6 de mayo de 1957.
45- Seminario Interamericano de Administración de Hospitales. (FDAN).
46- Almenara G: Ubicación del Cuerpo Médico en el Hospital. Disertación en Mesa Redonda sobre Hospital de Clínicas. Sindicato Médico del Uruguay, 30 de setiembre de 1960. (FDDSMU).
47- *La Mañana*, Año 42, Nº 14725, 15-8-1958. (FDAN).
48- CDFM. Acta del 12 de enero de 1961.
49- CHC. Acta del 4 de setiembre de 1959.
50- Id. Acta del 30 de julio de 1959.
51- Villar H, Nowinski A: Informe de actuación de los Asistentes del Director del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", período 1-8-1960 a 31-1-1961, original dactilografiado, 106 páginas. (FDAN).

52- Ibíd.
53- Villar H, Nowinski A, Ripa JC: *Administración de Personal. Especificación y descripción de cargos del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela*". Prólogo del Ing. Jacobo A. Varela. Montevideo, 1962, Oficina del Libro de AEM, 282 páginas.
54- Villar H, Nowinski A: Op. cit.
55- CDFM. Acta del 12 de enero de 1961.
56- Minatta R: Op. cit.
57- Información general del Hospital Manuel Quintela. Folleto. Montevideo, 1960, Hospital de Clínicas.(FDAN).
58- Almenara G: Discurso de despedida. 29 de diciembre de 1960. (FDAN).
59- CDFM. Acta del 12 de enero de 1961.
60- Purcallas Serra J: Participación en la Mesa Redonda sobre "El Hospital de Clínicas" celebrada el 30 de setiembre de 1960 en el Sindicato Médico del Uruguay. (FDDSMU).
61- *Gaceta de la Universidad.* Año 3, junio de 1960, Nº 13, p:3.
62- Id, p: 5.
63- *El Diario,* 7 de octubre de 1960, p: 12.
64- *El País,* 29 de noviembre de 1960, p: 5.
65- CDFM. Acta del 29 de diciembre de 1960.

CUARTA PARTE

LA MARCHA DEL HOSPITAL DE 1961 A 1974

"El Hospital de Clínicas será lo que sea su funcionamiento. La construcción es el marco que impone determinado funcionamiento y nada más".

Abel Chifflet*
Decano de la Facultad de Medicina

* *El Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, Montevideo, 1948, p:5.*

CUARTA PARTE

CAPÍTULO XI
La Dirección Titular Uruguaya

CAPÍTULO XII
Gestión de la Dirección

CAPÍTULO XIII
Servicios asistenciales: I) Servicios Clínicos

CAPÍTULO XIV
Servicios asistenciales: II) Servicios de diagnóstico y tratamientos especiales

CAPÍTULO XV
Servicios asistenciales: III) Servicios Técnicos Paramédicos

CAPÍTULO XVI
Desarrollo de Programas y Propuestas

CAPÍTULO XVII
Servicios Administrativos

CAPÍTULO XVIII
Resultados

CAPÍTULO XIX
Fin de una etapa

CAPÍTULO XI

LA DIRECCIÓN TITULAR URUGUAYA

Estructura funcional del Hospital
Las Comisiones Directivas
El equipo de dirección
La nueva Dirección del Hospital
Programa de acción de la Dirección
Metodología de trabajo
Objetivos de la Dirección
Modalidad de dirección
El Cuerpo Médico del Hospital de Clínicas

Estructura funcional del Hospital

Los primeros siete años de funcionamiento del Hospital estuvieron marcados, por un lado, por dificultades no previstas antes de la inauguración, desencuentros en los distintos niveles jerárquicos y una dirección cambiante en su estilo de ejecución; por otro lado, por un entusiasmo creciente ante las perspectivas que se abrían y los logros asistenciales, hasta entonces impensados. La experiencia nacida de estas circunstancias fue dando forma y contenido al funcionamiento del Hospital. La Ordenanza, elaborada trabajosamente sobre bases ideológicas de un hospital universitario para la comunidad, normativas emanadas de la nueva Ley Orgánica de la Universidad y la realidad que se estaba viviendo, fue la concreción final de la reestructura funcional del Hospital.

Quedó definido que la administración del hospital corresponde a dos órganos: Comisión Directiva y Dirección. La Comisión Directiva es un órgano

normativo respecto a los fines del Hospital. Es designada por el Consejo Directivo de la Facultad de Medicina, de acuerdo a las estipulaciones de la Ordenanza del Hospital de Clínicas, y mantiene con él una relación de dependencia en materia docente. La Dirección es un órgano ejecutivo respecto a los fines del Hospital. Es designado por el Consejo Directivo de la Facultad de Medicina en forma similar a los cargos docentes Grado 5. Ambos órganos están vinculados con el Cuerpo Médico del Hospital en lo relacionado a actividades médicas del Hospital y con el Comité Conjunto de Coordinación para la Docencia, organismo con delegados de la Facultad, para las funciones docentes. Directamente de la Dirección dependen los Servicios Administrativos y los Servicios Asistenciales, cada una de estas divisiones tienen un Asistente de Dirección al frente. Los organismos de dirección tienen asesores técnicos y para determinadas tareas asistenciales específicas, cuentan con la colaboración de Comités Especializados, integrados por docentes en las disciplinas correspondientes (Fig. 1). Estos comités, cuya integración se detalla en el Anexo 1, pueden ser permanentes o transitorios.

Las Comisiones Directivas

La Comisión Directiva del Hospital de Clínicas, genuina manifestación del gobierno universitario, está caracterizada por el co-gobierno: la integran representantes de los docentes, de los egresados y de los estudiantes. Con una particularidad que la distinguía de los demás estamentos directivos de la Universidad: los funcionarios no docentes también están representados. De acuerdo a la Ordenanza de 1960, la Comisión Directiva debía estar compuesta por 6 miembros designados por el Consejo de la Facultad, dentro de ternas propuestas por: a) la Asamblea del Claustro, cuyo miembro sería el Presidente de la Comisión; b) dos ternas propuestas por el orden docente, debiendo una de ellas estar integrada totalmente por profesores titulares, c) otra terna propuesta por el orden estudiantil, d) otra terna propuesta por los egresados y e) una terna electa por los funcionarios no docentes del Hospital. La duración del mandato es de 4 años. La composición titular de las sucesivas comisiones directivas fue la siguiente:

1961-1964[1, 2, 3]

Presidente: Prof. Adj. Constancio Castells
Docentes: Prof. Frank Hughes y Prof. Adj. Jorge Dighiero
Egresado: Dr. Francisco de Castellet
Estudiante: Br. Antonio Buti (1961-1962), Br. Tabaré González (1962-1963), Br. Lucas Acosta (1963), Br. Juan Carlos Capo (1964)
Funcionario: Sr. Espartaco Otero (1961-1962) Sr. Aurelio Beauxis (1963-1964)

1965-1968[4, 5, 6]

Presidente: Prof. Adj. Jorge Dighiero
Docentes: Prof. José Piquinela, Prof. Adj. Juan J. Poseiro
Egresado: Dr. Dante Petruccelli
Estudiante: Br. Juan Carlos Capo (1965-1966), Br. Jorge Martínez (1966-1967), Br. Nelson Albertoni (1967-1968)
Funcionario: Sr. Juan C. Araújo

1969-1972[7, 8, 9]

Presidente: Prof. Luis A. Castillo (1969-1972)
Docentes: Prof. Cándido Muñoz Monteavaro (1969), Prof. Adj. Carlos Mendilaharsu (1969-1972), Prof. Raúl Vignale (1970-1972)
Egresado: Dr. Mario Pareja Piñeyro (1969-1971), Dr. Federico Acosta y Lara (1972)
Estudiante: Br. Nelson Albertoni (1969), Br. Julia Martino (1970-1972)
Funcionario: E.U. Jorge Vázquez (1969), Sra. Susana Plá de Costas (1970-1971), Sr. Miguel Lladó (1972)

1973-1974[10]

Presidente: Prof. Luis A. Castillo
Docentes: Prof. Raúl Vignale, Prof. Adj. Carlos Mendilaharsu
Egresado: Dr. Luis A. Cazabán
Estudiante: Br. Julia Martino
Funcionario: Sr. Rafael Copelo

En 1974 cesaron las autoridades legítimas del Hospital al ser intervenido éste por las autoridades emanadas de la dictadura.

Una lista pormenorizada de las autoridades y las distintas jefaturas clínicas y administrativas durante todo este período de 1961 a 1974 se presenta en el Anexo 1.

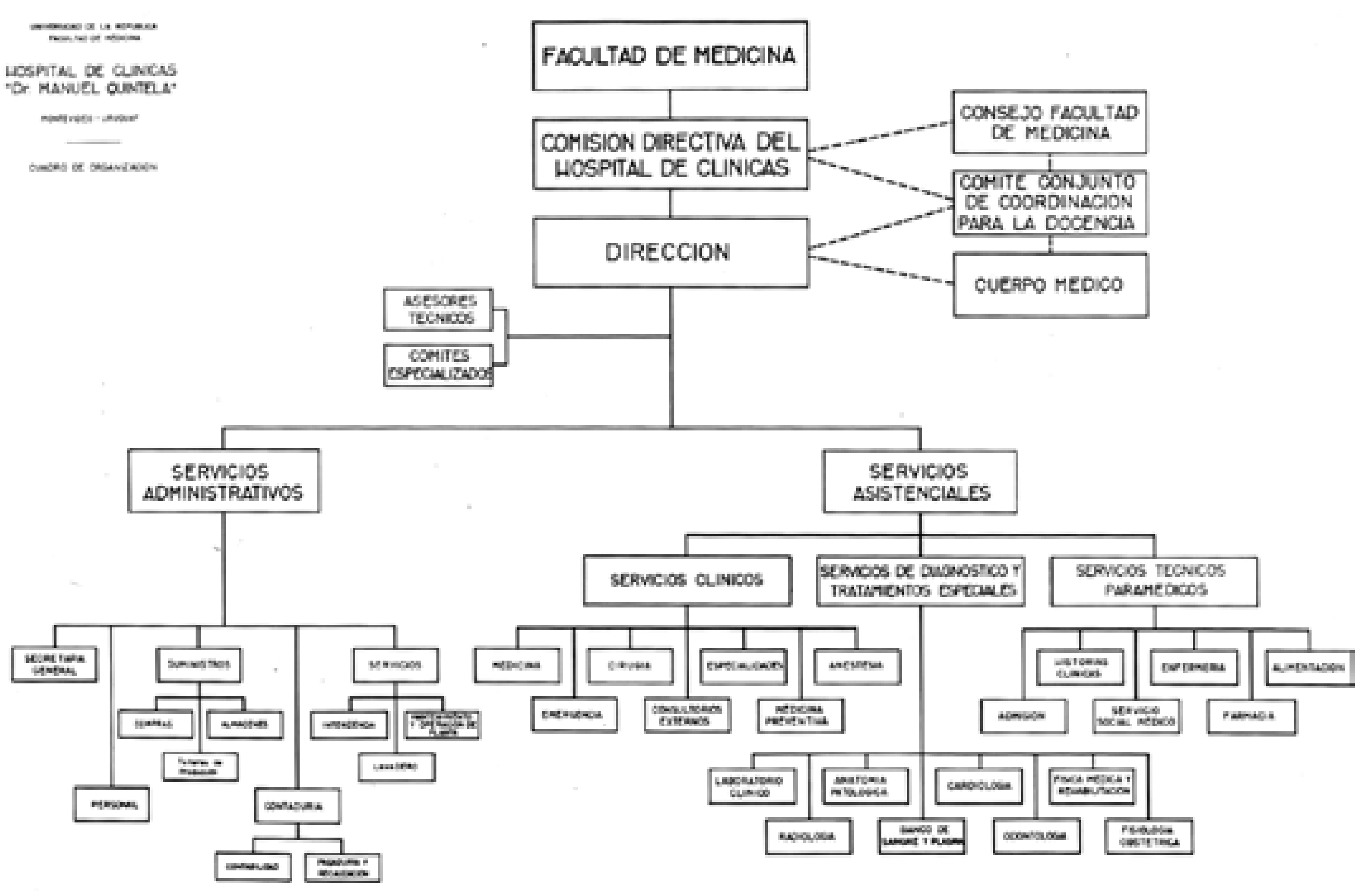


Figura 1.- Organigrama del Hospital de Clínicas, 1963. (FDAN).



Figura 2.- En abril de 1961 Hugo Villar (izquierda) fue designado Director titular del Hospital de Clínicas y Aron Nowinski (derecha) Director Asistente interino en lo Administrativo. Nowinski fue titularizado en junio de ese año. (FDAN).

El equipo de Dirección

La Ordenanza del Hospital de Clínicas aprobada por el Consejo Directivo Central de la Universidad el 11 de noviembre de 1960 estipula en su artículo 8º que "La Administración del Hospital corresponde a los siguientes órganos: Comisión Directiva y Dirección". En el artículo 17º expresa que la Dirección del Hospital será ejercida por el Director y por delegación por los Asistentes del Director. Más adelante aclara que habrá dos Asistentes del Director, uno en lo Médico Asistencial y otro en lo Administrativo. Los tres cargos de Dirección tendrán carácter docente y estarán sujetos al régimen de dedicación total. Ya se ha señalado que en abril de 1961 el Consejo Directivo de la Facultad designó por unanimidad al Dr. Hugo Villar Director titular del Hospital y al Br. Aron Nowinski Director Asistente en lo Administrativo en forma interina, titularizándolo en junio del mismo año (Fig. 2). El equipo se completó con el nombramiento del Dr. Julio C. Ripa* como Director Asistente en lo Médico Asistencial

* Julio César Ripa Barbieri (1922-1977) nació en Salto, el 25 de agosto de 1922. Se graduó como médico cirujano el 27 de marzo de 1953. Tuvo una sólida formación como médico clínico y salubrista. Fue Jefe de Clínica Médica en la Clínica Médica "D" del Prof. Pablo Purriel; Médico de la Oficina Universitaria de Salud; Ayudante de Clase y Jefe de Trabajos Prácticos en la Cátedra de



Figura 3.- Julio C. Ripa (izquierda) completó la integración de la Dirección en octubre de 1965, como Director Asistente para el área Médico Asistencial. Detrás, Guillermo Acuña, secretario.(FDAN).

el 22 de octubre de 1965 (Fig. 3). La Dirección contó con asesores directos durante toda su gestión en el período 1961 - 1974, como el arquitecto Carlos Surraco y el ingeniero Enrique Rodríguez Molinari.

La nueva Dirección del Hospital

La concepción social de la Medicina y de la Administración y la especialización han creado la interdependencia de los individuos. Se ha pasado así de la realización individual a la colectiva, sin que deje por ello de existir espacio para la creación personal. Por ello los informes periódicos para renovación de cargos

Higiene y Medicina Preventiva. Realizó una Maestría en Administración Hospitalaria en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, graduándose con honores el 31 de julio de 1965. Fue Presidente del SMU entre 1970-71 y Tesorero en el período 1971-72. Fue contratado por la OPS para asesorar en Ecuador un plan de construcción de ocho grandes hospitales. La muerte lo sorprendió en Quito, el 6 de setiembre de 1977. Su sembalanza puede consultarse en: http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/ripa.pdf

de los integrantes del equipo de Dirección fueron presentados sistemáticamente como uno solo, cuando eran tres sus componentes. Esto fue así encarado porque consideraron que era imposible separar la gestión de Dirección cumplida en sus respectivos cargos, y les parecía imposible y artificial poder separar lo que hubiese correspondido a cada uno de ellos. Esos informes conjuntos, que luego resumiremos, fueron el resultado del trabajo en equipo realizado, integrando sus acciones dentro de una comunidad de propósitos para la ejecución del programa del Hospital. La concurrencia de tres personas en los cargos de Dirección no significó por sí misma trabajo en equipo. El trabajo en equipo es más que trabajo conjunto. Es el ejercicio diario de la integración, compartiendo y sumando funciones diferenciadas; es reconocer la responsabilidad de cada uno y compartir responsabilidades sin renunciar a la individual específica. Es compartir la información y el análisis de los problemas inspirados por una sana doctrina y llevando a la práctica una política coherente con ella, por medio de programas con metas bien definidas a través de estructuras organizativas flexibles que permitieran una acción coordinada. En fin, es tener la mejor voluntad para trabajar con otros y por medio de otros, para enseñar y aprender, para ejercer la autoridad y compartirla, para poner a prueba la capacidad de autocrítica de los integrantes del equipo en la permanente evaluación de sus actividades.

Esta concepción de la Dirección como una tarea de equipo es parte del nuevo enfoque conceptual con que se aspiraba a manejar la institución, enfoque que, además, llevaba la impronta de la mística que había inspirado la lucha estudiantil por la condición de hospital universitario. Este nuevo espíritu quedó claramente expuesto en el discurso del Dr. Hugo Villar en oportunidad de asumir el cargo de primer Director titular del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela",[11] del cual se extraen algunos pasajes:

> *"Decía al momento de la inscripción, que "dirigir el Hospital de Clínicas, requiere ante todo, estar compenetrado de la ideología, de la mística, que vivificó y dio fuerza al movimiento universitario que lo conquistó".*
>
> *En la atmósfera pura y desinteresada que caracteriza al movimiento estudiantil, aprendí esa ideología y esa mística que siento profundamente y que infiltrarán todas mis actuaciones desde la Dirección del Hospital".*
>
> *"Es necesario que cada uno de los que integran esta gran familia, de los que trabajamos en esta Institución, tenga incorporado en su mente y en su corazón, el profundo sentido de la palabra hospital y lo trascendente de su misión.*
> *La palabra hospital, por su etimología, por su significado, por su origen, resume los más elevados sentimientos que caracterizan a la especie humana. Hospitalario es, según el diccionario, el que socorre y alberga a los necesitados y además, dícese del que acoge con agrado y agasaja a quienes recibe en su casa.*

En ese significado simple, va implícito un concepto trascendente; cuando asistimos a alguien en el Hospital, estamos ante todo, recibiendo un huésped en nuestra casa, al servicio del cual debemos poner lo mejor de nuestra capacidad, todo lo que ofrezca en su beneficio la ciencia y la técnica más moderna y más eficaz, pero al mismo tiempo poner en la ayuda calor humano y simpatía. Factores indispensables en el proceso de recuperación, si se tiene presente que el personal del Hospital constituye en cierto modo, en ese momento, la familia del paciente.

En el significado de la palabra, va pues un concepto de solidaridad humana, que es expresión del sentimiento que sirve de base de sustentación de todo hospital.

Por eso es la más noble de todas las empresas humanas y por eso es un privilegio trabajar en un hospital; porque además del pago material por el trabajo, se recibe una compensación que no se puede medir en dinero, porque son inconmensurables las satisfacciones que produce el cumplimiento de una misión de propósitos tan elevados.

Es claro que en este sentido, dentro del Hospital hay quienes tienen el privilegio de recibir directamente esa compensación: son los encargados directos de la asistencia al enfermo; pero es también misión nuestra señalar, que la asistencia directa o indirectamente, es tarea de todos; y que los éxitos y fracasos que de ello derive, son éxitos y fracasos en los que cada uno de todos nosotros tiene participación."

"El Hospital es además una empresa humana única, por la variedad de tareas que en él se desarrollan y porque es un lugar excepcional, donde coordinan esfuerzos las más variadas actividades humanas.

El hospital combina bajo su techo, funciones de diversas instituciones: es al mismo tiempo hotel, consultorio, clínica, edificio de oficinas, taller, escuela, planta de producción, laboratorio de investigación científica, lavandería, planta de vapor y energía eléctrica. No hay organización en la cual, como en un hospital moderno, se reúnan profesionales, técnicos y obreros pertenecientes a una variedad tan grande de actividades humanas (…) Del esfuerzo y la cooperación inteligente, esmerada y armónica de todos ellos, depende el éxito o el fracaso de la gestión (…) En ninguna otra institución cobra más importancia el trabajo en equipo; en esta época en que lo individual ha dado paso a lo social, la asistencia médica debe encararse con un criterio comunitario y técnico."

"Pero por si todo ello no fuera suficiente, este Hospital de Clínicas, por ser universitario tiene además el privilegio de ser hospital y escuela.

Hospital y Escuela, son dos puntales básicos de la comunidad.

El Hospital, centro promotor de Salud.

La Escuela, centro promotor de Cultura.

El Hospital de Clínicas, por ser Hospital y por ser Escuela, es una de las instituciones de acción colectiva más trascendente."

"Pero por sobre todas las cosas, el Hospital es un verdadero Laboratorio Sociológico: puede ser el mejor de todos los centros de comprensión humana, si se proyecta a la Comunidad. En ese sentido, el Hospital de Clínicas debe servir como Centro Piloto en materia sanitaria; debe conocer la comunidad: sus problemas, aspiraciones y posibilidades; y en base a ese conocimiento, promover las soluciones que tiendan a mejorar las condiciones sociales y el nivel de vida de nuestro pueblo; aspiramos, en suma, a que el Hospital de Clínicas se constituya en Centro Promotor de Bienestar Social".

"Para encarar una tarea de dirección en forma seria y responsable, es necesario proceder con método. No es posible pretender abarcar y resolver, todos los problemas a la vez.
Con mi compañero Nowinski, desde nuestros cargos de Asistentes, nos hemos trazado un programa, que vamos cumpliendo paso a paso, en forma decidida y segura; sin detenernos y sin precipitarnos; contando para la ejecución del mismo, con los muchos buenos funcionarios que tiene el Hospital, y con el respaldo de una Comisión Directiva seria y responsable, que actúa al ritmo que las exigencias de la Institución reclaman.
Emprendemos nuestra tarea con una enorme fe y con el mayor entusiasmo.
Todos nosotros debemos encarar nuestro trabajo con ansia de perfección técnica y de progreso social; en materia de salud sobre todo, lo mediocre no es admisible y sólo lo bueno es aceptable."

"Esperamos que todos aporten su contribución en esa tarea. A una organización no le conviene el empleado sin aspiraciones, que no aumenta sus conocimientos y que está habituado a actuar por rutina. Los objetivos de una administración de personal inteligente, son conseguir empleados competentes, los mejores dentro de cada profesión u oficio y proveer el clima más propicio para la calidad superior en el trabajo, la propiedad en las actitudes, y los ajustes armoniosos."

"Junto al personal competente y al apoyo público, el financiamiento es factor fundamental para un hospital. Si hemos de avanzar hacia una economía estabilizada en el terreno hospitalario, debemos mantener al público y a los gobernantes, conscientes de los costos de los programas de salud, a fin de que estén más dispuestos a aceptar sus responsabilidades para el sostenimiento de los hospitales."

Programa de acción de la Dirección

La gran tarea a emprender era el cumplimiento de los fines del Hospital de Clínicas, claramente establecidos en el Artículo 2º de la Ordenanza aprobada en 1960 por la Universidad: Prestar asistencia médica a los pacientes del

Hospital, realizar docencia a distintos niveles, promover la prevención de las enfermedades, prestar educación sanitaria y contribuir al desarrollo de la investigación científica.

Los efectores de estos fines eran los distintos servicios clínicos asistenciales, con la colaboración de los servicios de diagnóstico y tratamientos especiales y los sevicios técnicos no médicos, con el apoyo de los servicios administrativos. Si bien la planificación y el quehacer interno de cada uno de estos servicios era potestad de los mismos, era responsabilidad de la Dirección la definición del marco adecuado para ello, establecer prioridades, proveer los recursos humanos y materiales necesarios, controlar y auditar los métodos utilizados y los resultados obtenidos. Para asumir esa responsabilidad es que se habían capacitado los integrantes de la Dirección. Para llevar a cabo su tarea comenzaron por definir su forma de trabajo. Es decir, se acordó una determinada metodología de trabajo, se fijaron objetivos concretos aplicables a la ejecución de todos los fines del Hospital, y se fue dibujando de esa manera una modalidad propia de efectuar la dirección hospitalaria.

Metodología de trabajo

Desde el inicio de la nueva Dirección, ésta se fijó una metodología de trabajo bien precisa, explicitada en los sucesivos informes de actuación,[12, 13, 14] que incluía los siguientes puntos:

1) Necesidad de programación: El desempeño de la Dirección de una institución de la magnitud y jerarquía del Hospital de Clínicas, determina la necesidad de programar el trabajo, estableciendo una serie de directivas y normas generales de actuación.

2) Definición de prioridades: Los problemas planteados a diario fueron, naturalmente, numerosos y de naturaleza muy variada. La esencia del problema de la decisión consiste en determinar en qué medida es posible analizar y resolver cada uno de ellos. No todos pueden ser analizados en profundidad y resueltos en el momento y con la visión de futuro; no todos son factibles de ser resueltos de inmediato. Por ello se planteó indefectiblemente la necesidad de establecer prioridades.

3) Aplicación del método científico: no siempre las soluciones más aparentes o más efectistas, son las mejores. Muchas veces, las verdaderas soluciones de fondo, no se reconocen de inmediato. Sus resultados sólo se aprecian en el largo plazo, mediante una valoración cuantitativa y cualitativa adecuada. En todo momento el equipo de Dirección procuró utilizar en su consideración de los problemas, el método científico; de validez universal y aplicable a cualquier disciplina.

4) Uso eficiente de los recursos: en el análisis de las posibles soluciones, el Equipo se adecuó a un criterio realista o pragmático. Partiendo de la base de que en un hospital los recursos son siempre insuficientes en relación con la magnitud de las necesidades que es preciso satisfacer. Y aún más durante períodos de crisis económicas como las que les tocó en suerte vivir. Su propósito se orientó pues, a utilizar de la mejor forma posible, los recursos disponibles: humanos, materiales y financieros.

Objetivos de la Dirección

1) Integrar un equipo de dirección, con propósitos claros, precisos, con un método de trabajo coherente y armónico. A lo largo de su actuación, los integrantes de la Dirección buscaron mantener una permanente armonía en su trabajo cotidiano, una nítida identidad de propósitos, una fuerte comunidad ideológica y una misma preocupación por trabajar con la mayor dedicación y sin escatimar esfuerzos. Buscando así coherencia en su trabajo, de gran valor en las relaciones con las jefaturas, con el resto del personal, con organismos directivos y con otras instituciones. Alcanzar este objetivo y el grado de integración que en la praxis lograron sus integrantes determinó que su ejemplo fuera tomado como referente y modelo por otras instituciones.

2) Analizar la gestión de las jefaturas. Ello permitiría normalizar algunas situaciones y seleccionar, para ocupar cargos clave dentro de la organización, a las personas de mayor capacidad y competencia, con pleno dominio de su técnica y con total comprensión y adaptación al trabajo en el Hospital. Confiando en el diálogo como instrumento y en el intercambio personal más que en las relaciones por escrito. Procurando limitar la tramitación por notas o expedientes a los casos estrictamente necesarios. Ese propósito estuvo estadísticamente documentado a través de la significativa reducción del número y tramitación de expedientes durante esos años.

3) Propiciar las reuniones de grupos, y las visitas y recorridas por los lugares de trabajo. También en esto es necesario programar la actividad y establecer prioridades. Esto expresaba un compromiso con la tarea y con el Hospital, que se haría evidente para todos, más allá de las condiciones externas siempre adversas, tanto en lo presupuestal como en lo político institucional.

4) Mejorar las relaciones con el personal. Mediante una permanente disposición al diálogo, al análisis de los problemas, al estudio de las soluciones más adecuadas. Sabiendo que dirigir, supone creer en la gente. Que no se debe prometer nunca aquello que no se estuviera seguro de poder cumplir. Por razones éticas, no acomodar las opiniones según las circunstancias, ni ser complacientes por demagogia. Que uno debe saber revisar su conducta y modificar sus puntos de vista si se le convenciera, con razones y argumentos, de otros mejores.

5) Optimizar las relaciones con la Comisión Directiva del Hospital y el Consejo Directivo de la Facultad. A partir de la Ordenanza para el Hospital de Clínicas aprobada en noviembre de 1960, quedaron perfectamente definidos los ámbitos de acción de estos organismos y de la Dirección.

Modalidad de dirección

Esta metodología sería aplicada con una determinada modalidad de dirección. La tarea de administrar, es por esencia, una actividad de tipo cooperativo. Se logrará una mayor eficiencia, en la medida en que el grupo humano logre una mayor comprensión de los propósitos, aplique sus esfuerzos de manera racional, utilice en forma adecuada los recursos disponibles y coordine el trabajo mediante acciones ordenadas y sistematizadas. Todo ello no se obtiene por decreto, sino que es resultado de una labor educativa, que lleva tiempo pero que es la única realmente efectiva y de resultados duraderos. Fue su misión orientar la acción en ese sentido. El trabajo debe impregnarse de arriba abajo en la escala jerárquica, con ese contenido. Desde su mismo comienzo se trazaron objetivos bien definidos.

El Cuerpo Médico del Hospital de Clínicas

Guillermo Almenara, durante su período como Director, había sentado las bases y fundamentado largamente lo que era para un Hospital moderno el adecuado funcionamiento del Comité del Cuerpo Médico. Su conferencia dictada en el Sindicato Médico del Uruguay dio una adecuada ilustración acerca de esta materia, poco conocida en nuestro ambiente, hasta ese momento.*

Contar con un Cuerpo Médico organizado es una manifestación de preocupación por la garantía de calidad y por el progreso de la acción científica y asistencial de la Institución. El primer Comité del Cuerpo Médico se constituyó como consecuencia del Seminario Interamericano de Administradores de Hospitales. Para la valoración del cumplimiento y el adecuado nivel del trabajo clínico, el Cuerpo Médico del Hospital dispuso de una organización propia, con autoridades electas periódicamnte, con su propio estatuto y reglamento. El estatuto fue aprobado en una Asamblea del Cuerpo Médico citada el 29 de agosto

* Disertación realizada el 30 de setiembre de 1960, en el curso de una Mesa Redonda convocada por dicha gremial sobre el tema "Hospital de Clínicas". Los expositores fueron el Dr. Guillermo Almenara y el Dr. Joaquín Purcallas Serra. Las disertaciones fueron seguidas de una sesión de preguntas y discusión en la que participaron entre otros los doctores Hugo Villar, Constancio E. Castells, Efraín Margolis, Carlos A. Gómez Haedo, Walter García Fontes, Tomás Chiara, Juan B. Borrelli, Juan Carlos Lorenzo, Eduardo Yannicelli, Euclides Silva Gaudín y Omar Barreneche (Vicepresidente del SMU en ese momento), el Br. Antonio Pena y el Secretario General Permanente del SMU Br. José Enrique Ormaechea. (DDSMU).

de 1958 por el Presidente del Cuerpo Román Arana y el Secretario Pablo P. Recarte. El primer reglamento fue adoptado en julio de 1958 bajo la dirección de Almenara y rigió durante 6 años. Fue sustituido por un nuevo reglamento aprobado por la Comisión Directiva del Hospital de Clínicas el 26 de octubre de 1965. Sus autoridades, de acuerdo a este reglamento, están constituidas por a) Las Asambleas y b) El Comité Ejecutivo. El Comité Ejecutivo del Cuerpo Médico, compuesto por 5 miembros, instrumentó su trabajo a través de distintos comités, algunos permanentes, otros adecuados a las circunstancias. El primer Presidente de dicho Comité fue el Prof. Dr. Román Arana Iñiguez (Fig. 4). Le sucedieron en el período analizado los profesores Fernando Herrera Ramos, Frank Hughes, Héctor Ardao, Luis A. Castillo, Oscar Bermúdez, Jorge Lockhart y Jorge Pradines.



Figura 4.- Román Arana Iñiguez, primer Presidente del Comité Ejecutivo del Cuerpo Médico. (AFEW).

La Dirección participaba regularmente en todas las reuniones realizadas por el Comité Ejecutivo del Cuerpo Médico del Hospital, así como en las Asambleas, Reuniones Científicas y en las reuniones de los diversos comités que asesoraban al Comité Ejecutivo. Funcionaron en forma asidua los comités de Auditoría, Infecciones, Tejidos, Terapéutica, Programación, Historias Clínicas, Científico y Oncología. Lo hicieron en forma limitada o esporádica los comités de Consultas, Credenciales, Internado y Residencias y Relaciones Profesionales. La actuación del Comité de Oncología culminó con la elaboración de normas de registro de cáncer y el funcionamiento del Consultorio Oncológico, en el que convergieron los esfuerzos de múltiples disciplinas dedicadas al estudio y tratamiento de pacientes de afecciones de tal naturaleza.

Entre octubre de 1962 y julio de 1963 se realizaron 20 reuniones conjuntas de la Comisión Directiva, el Comité Ejecutivo del Cuerpo Médico y la Dirección, para analizar el régimen de trabajo médico en el Hospital. De esas reuniones participaron además, como invitados, destacados profesionales, consultados por su experiencia en el tema. Fueron presentados a dichas sesiones un trabajo sobre “Régimen de trabajo médico en el Hospital de Clínicas”, y otro

sobre "Internado y Residencia". Del primero de estos trabajos surgió la elaboración de un "Reglamento de contralor de asistencia del personal docente del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", aprobado por la Comisión Directiva el 10 de julio de 1962 y por el Consejo Directivo Central el 27 de agosto del mismo año.

En 1964 se elaboró con el Comité Ejecutivo del Cuerpo Médico presidido por el Prof. Dr. Fernando Herrera Ramos, un cuerpo de doctrina y definiciones sobre la función médica. Este cuerpo doctrinario terminaba de la siguiente manera:

> *"La consecuencia de las obligaciones que se adquieren por ingresar al grupo de trabajadores de la Salud, es que la detención, supresión o disminución voluntaria de la capacidad de servicio debe ser un hecho de extraordinaria excepcionalidad.*
> *Pero también debe obtenerse que la sociedad, a través de sus organismos de gobierno, reconozca la posición del conjunto de personas dedicadas a asistencia y profilaxis colectiva o unitaria y ponga especial consideración para su situación económica y social".*[15]

Basado en estos conceptos, con motivo de un paro de funcionarios del Hospital, el Comité Ejecutivo del Cuerpo Médico hizo la siguiente declaración el 27 de mayo de 1965:

> *"Frente a la situación de hecho creada a raíz del paro decretado por los funcionarios no médicos del Hospital de Clínicas y a la reunión mantenida por sus representantes con el Comité Ejecutivo del Cuerpo Médico, éste formula la siguiente declaración:*
> *1º) Comprende y comparte la situación de angustia creada por el atraso en los pagos de los sueldos de los funcionarios.*
> *2º) La Universidad no es la responsable de esta anormalidad, que ha solucionado en parte al haber efectuado el pago de los sueldos del mes de marzo con recursos destinados a otras finalidades.*
> *3º) Ratifica los conceptos y definiciones sobre "Función Médica" efectuado por el Comité Ejecutivo anterior el 21 de diciembre de 1964 que considera "que la detención, supresión o disminución voluntaria de la capacidad de servicio debe ser un hecho de extraordinaria excepcionalidad". En ese sentido exhorta a los funcionarios a buscar otros medios de lucha.*
> *4º) Establece las condiciones mínimas en que los médicos podrán continuar desarrollando sus funciones asistenciales en el Hospital:*
> *a) Mantenimiento de la asistencia de emergencia y de urgencia.*
> *b) La calificación de estas situaciones es de competencia y responsabilidad exclusiva del médico tratante y del Servicio.*

c) Se entiende que la realización de asistencia de emergencia o urgencia comprende todos los actos que conduzcan al diagnóstico y al tratamiento correspondiente.
d) Establecida la calificación de emergencia o urgencia por el médico todos los Servicios del Hospital deben cumplir los procedimientos indicados".[16]

El 21 de enero de 1969 la Comisión Directiva del Hospital de Clínicas sustituyó la "Ordenanza 24 – Control de Asistencia" aprobada el 30 de enero de 1956 por el "Reglamento de Régimen de Trabajo en el Hospital de Clínicas". En este ejercicio fue presentado por el Director Asistente Dr. Julio C. Ripa un programa de trabajo a desarrollar en materia de auditoría médica, para el cual se había logrado ya el acuerdo respectivo del Comité de Auditoría, del Comité Ejecutivo y de casi todos los Profesores de Clínica. En años anteriores se habían desarrollado solo estudios parciales de auditoría.

CAPÍTULO XII

GESTIÓN DE LA DIRECCIÓN

Planificación

A través de todo este largo período, se fueron acumulando una multiplicidad de datos, informes y hechos, que permiten seguir la evolución ascendente de las realizaciones del Hospital, con el mayor grado de detalle. Ello fue posible ponerlo en evidencia, en los Informes de Actuación, que presentaron en forma

conjunta el Director, Hugo Villar y los Directores Asistentes Aron Nowinski en el primer quinquenio y Nowinski junto a Julio César Ripa en el segundo quinquenio. Estos informes recogen con idéntica sistematización, datos y elementos que permiten el análisis en largos períodos.

En materia de Planificación**,** ésta se llevó a cabo en forma permanente, a diferentes niveles y en escalas de magnitud variable, elaborando planes o programas para el Hospital en su conjunto, para algunas de las unidades de organización que lo integran, o para desarrollar funciones, actividades o tareas específicas.

Un ejemplo fue la consideración por la Dirección con la Comisión Directiva durante muchas reuniones de "la política del Hospital en lo asistencial, docente y en la investigación", desde el 3 de octubre de 1961 hasta el 10 de julio de 1962. El 27 de julio de 1962 la Comisión Directiva del Hospital de Clínicas por unanimidad le dio aprobacion definitiva.

Presentación

El Hospital de Clínicas se presentaba a sí mismo ante la población a través del encabezamiento a los Informes Estadísticos Anuales, en el que se precisaba su definición y dependencia, sus fines, su ubicación y accesos, su planta física, el arquitecto constructor y la fecha de su inauguración (Fig. 5).

Organización

En esta materia**,** se formuló la estructura adecuada y la posición relativa de las unidades de organización, y se dispusieron los elementos personales y materiales mediante los cuales se ejecutaría la operación de cada unidad. Se llevó a cabo esta tarea a diferentes niveles.

La dinámica inherente a la administración del Hospital hizo que se propusieran ajustes que se reflejaron en los Manuales de Organización y en el Gráfico de Organización adoptado. Para cada una de las unidades que integraban la estructura del Hospital, se definieron los fines, funciones y estructura de organización, expresadas gráficamente a través de los organigramas parciales de cada unidad, constituyendo una colección de volúmenes de referencia, proceso que se llevó a cabo por la Dirección a lo largo de un prolongado período. Igualmente se elaboraron manuales de procedimientos administrativos y técnicos y rutinas de operación, y fueron aprobados los siguientes reglamentos:

1) Del Cuerpo Médico (1965)
2) Del Departamento de Historias Clínicas y Estadística Médica (1966)
3) Del Departamento de Suministros (1967)
4) De Sección Compras (1967)

EL HOSPITAL DE CLINICAS
"Dr. Manuel Quintela"

GENERALIDADES

Definición: El Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" es un hospital general para pacientes de breve período de internación, consagrado a la docencia médica.

Dependencia: Depende de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República.

Fines:

a) Prestar asistencia médica a los internados en el Hospital, en consultorios externos y a domicilio, organizando el funcionamiento de sus servicios para facilitar la docencia.
b) Hacer efectiva la educación de: los estudiantes de medicina; los estudiantes de otras ramas de la Universidad, en los servicios que tengan relación con ella; los graduados, para su especialización o perfeccionamiento; los estudiantes y egresados que tengan justificado interés en el estudio de su funcionamiento técnico-administrativo.
c) Contribuir a la prevención de las enfermedades y a promover la salud.
d) Prestar educación sanitaria general.
e) Promover y contribuir al desarrollo de la investigación científica.

Ubicación. — El Hospital de Clínicas ocupa un **predio** delimitado por las Avdas. Italia, Dr. Manuel Quintela, Garibaldi, y calle Las Heras, **junto a los edificios de:** el Hospital de Traumatología, el Instituto de Higiene, y la Facultad de Odontología. Se proyecta construir en los terrenos vecinos, el nuevo edificio **para la Facultad de Medicina.**
El referido predio está ubicado junto al límite Noreste del Parque José Batlle y Ordóñez de la Ciudad de Montevideo.

Accesos. — Es de acceso fácil y rápido desde todos los puntos de la ciudad.

Planta Física

Es un monobloque que comprende:

1. un edificio principal de 23 plantas,
2. un edificio anexo de 4 plantas, hacia el noreste,
3. un bloque sur de cuatro plantas, para cocina y laboratorios, que se prolonga por:
4. un edificio en una planta para salas de calderas, de bombas y talleres, y:
5. un edificio en 2 plantas, para Lavadero.

Todos los edificios están unidos entre sí formando un solo bloque.

— **Area edificada:** 104.101 mts. cuadrados.
— Altura del terreno: 24.80 mts. sobre el nivel del mar.
— Punto más alto del edificio: 97.80 mts.

Proyectista y Director de las obras de construcción: Arq. Carlos Surraco (uruguayo) que continúa actuando como arquitecto asesor de la Dirección.

Fecha de inauguración. 21 de setiembre de 1953.
El Hospital inició sus actividades con 50 camas para internación; se ha seguido un programa de habilitaciones progresivas, que se piensa continuar hasta un tope máximo de 850 a 900 camas, habiendo 618 camas y 30 cunas habilitadas en el momento actual.

Figura 5.- Página de introducción a los Informes Estadísticos Anuales. (FDAN).

5) Compensación por tareas nocturnas (1969)

6) Con un grupo de trabajo integrado con Jefes del Hospital, se elaboró un proyecto de reglamento sobre régimen de trabajo en el Hospital de Clínicas, que fue aprobado por la Comisión Directiva y posteriormente ratificado por el Consejo Directivo Central (1971).

Organización de Recursos Humanos

En materia de recursos humanos, la tarea realizada en este período fue muy significativa, por cuanto, superando una extensa saga de sumarios, de larga antigüedad, que fueron resueltos, se inició un período de administración científica del personal, jerarquizando las tareas, con la colaboración del Ing. Jacobo A. Varela, experto nacional e internacional en materia de Administración de Personal, que actuó como asesor de la Dirección. Este trabajo culminaría años después en la publicación del libro *Administración de Personal - Especificación y Descripción de Cargos,* cuyos autores fueron Hugo Villar, Aron Nowinski y Julio C. Ripa[17] (Fig. 6). Este libro tuvo un prólogo del Ing. Jacobo A. Varela, que termina de la siguiente manera:

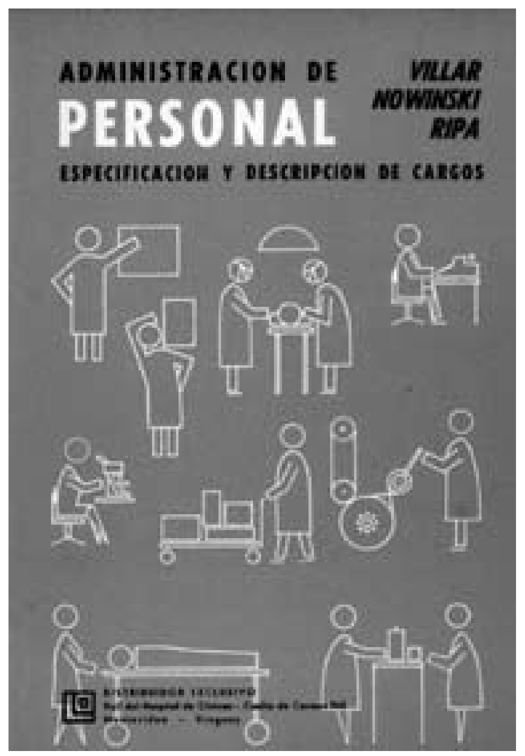


Figura 6.- Portada del libro escrito por los directores del Hospital de Clínicas, de gran difusión regional. (FDAN).

> *"Este libro refleja admirablemente cómo se ha hecho esto en el Hospital de Clínicas de la Universidad del Uruguay. Las primeras definiciones fueron hechas por el propio Director, y los Directores Asistentes. Luego otras fueron preparadas por los Jefes de los diversos Departamentos, hasta que al final se le ha dado intervención hasta a los propios empleados. En otras palabras, se ha recabado información a todos los niveles, para que sean el mejor reflejo posible de la tarea y para que, al mismo tiempo, todos vayan tomando conciencia de la importancia de lo que se está haciendo.*
>
> *Este trabajo ha llevado varios años. El mismo incluye pues definiciones realizadas hace mucho tiempo. Se notará una gran diferencia de estilo, de precisión, y de otros aspectos a medida que transcurrió el tiempo. Esto es perfectamente natural. A medida que pasó el tiempo, se fue adquiriendo mayor conocimiento de las tareas. Se fue logrando más habilidad en redactarlas. Se han ido incorporando nuevos descubrimientos tomados de las ciencias sociales. Por consiguiente, si se presenta ahora la ocasión de tomar una decisión respecto a uno de los cargos cuya descripción fue hecha hace mucho tiempo, lo*

más probable es que se proceda a una revisión en base a la experiencia y conocimientos adquiridos por la organización durante este intervalo de tiempo.
El libro muestra pues un instante en esta evolución de la definición de las tareas del Hospital de Clínicas. Pero esta fotografía instantánea tomada en este momento, ya es muy útil para mostrar el camino a quienes aún no lo han hallado. Además, la gran experiencia que refleja, puede servir para acortar el camino que otros deben recorrer. Pueden comenzar el trabajo con el estilo, redacción y conocimientos incorporados en las últimas definiciones y así ahorrarse años de tanteos.
Pero al tomar este libro en esta forma, debemos recordar que se trata de una instantánea tomada en el transcurso de un tiempo que continúa y que las futuras definiciones serán aún mejores que la mejor que contiene esta toma. Esto será debido a que la experiencia seguirá indicando nuevos y mejores métodos, y que las ciencias sociales seguirán contribuyendo con nuevos descubrimientos....
Tómelo pues el lector como quien toma un libro sobre electrónica o sobre aerodinámica, sabiendo que hoy le puede ser muy útil, pero preparado para comprender que dentro de unos años la técnica habrá cambiado, como ha pasado y seguramente pasará con la electrónica y la aerodinámica. Quizás la técnica habrá cambiado por contribuciones del propio lector al perfeccionamiento de la misma."

No solo se prestó especial atención a la selección del personal mediante tribunales, comisiones asesoras y la elaboración de bases de concursos. También se prestó atención a las funciones, a través de la descripción de cargos de casi todos los puestos, de un reglamento que regulaba el régimen de trabajo y de los programas de orientación, adiestramiento y educación.

En este sentido, en octubre de 1973 la Comisión Directiva del Hospital informaba a la Facultad de Medicina sobre las actividades docentes realizadas o en proceso por la Dirección. Estas actividades incluían:

1) Para Graduados: Cursos para médicos especialistas en Administración Médica, curso básico para médicos y otros profesionales de la Salud con funciones directivas, curso de formación básica en Salud Publica para Dietistas del plan 1945 y programa de orientación para Médicos Residentes del Hospital de Clínicas.

2) Para Estudiantes de Medicina de los ciclos Básico, de Introducción a la Medicina Integral y Clínico-Patológico.

3) Para Personal del Hospital: Cursos de adiestramiento en Cuidados Intensivos para Enfermeras Profesionales, para Ecónomos de Sector, para Ayudantes de Servicios Generales y cursos de orientación para personas que desean formar parte del Servicio Voluntario del Hospital de Clínicas.

4) Actividades educativas de Extensión Universitaria.

Organización de Recursos Financieros

En relación a los recursos financieros se buscó la racionalización en sus distintos niveles.

La Contabilidad Hospitalaria de recursos comprende el registro, clasificación y resumen en términos de dinero, de transacciones y de hechos que son, en parte por lo menos, de carácter financiero; y la interpretación de tales registros. Un hospital asume las características de las más variadas empresas:

1) Hacienda de servicios médicos: atención médica.
2) Hacienda de educación e investigación.
3) Hacienda hotelera: alojamiento, alimentación.
4) Hacienda química: laboratorios.
5) Hacienda industrial: cocina, lavadero, imprenta, taller de costura, sala de calderas.
6) Hacienda comercial: adquisiciones, conservación, recuperación.

La Dirección a través de los informes periódicos que realizaba el Departamento de Contaduría, contó con un instrumento valioso para el análisis de la gestión financiera del Hospital. Fue posible además conocer así las disponibilidades existentes en cualquier momento pues se preparaban estados diarios de imputación.

Además los datos contables se tradujeron en información estadística que reflejaba la evolución del Presupuesto y su ejecución; la evolución de los gastos analizados en valor constante de la moneda; los consumos analizados en sus rubros más significativos y en su distribución por servicios.

El **Sector Inventario** comenzó a realizar el inventario de bienes de activo fijo en 1966 y para 1970 se encontraban inventariados en 46 de los 59 servicios del Hospital un total de 14.710 bienes. Cada bien se registraba señalando origen, costo, destino, vida útil, valor actualizado, amortización y valor residual. En materia de administración de hospitales, esta realización del Hospital de Clínicas, fue pionera a escala internacional, según manifestaciones del Cr. Isaac Margulies, destacado profesor de la Facultad de Ciencias Económicas y Administración, en Hacienda Pública y Contador General del Hospital. Esta tarea estuvo a cargo del funcionario de ese Departamento, el Jefe de Sección Sr. Washington Correa de Paiva.

Se ajustó el sistema de recaudación de proventos, por tarifas de servicios brindados por el Hospital, tanto para los pacientes que concurrían al Departamento de Emergencia, para asegurar el cobro en los casos que correspondía, según lo establecido en el reglamento de admisión de pacientes, y luego para los pacientes que concurrían a consulta externa o que se hospitalizaban. La mejora de la recaudación le permitió al Hospital hacer frente a los problemas crea-

dos por las dificultades financieras en especial en los dos últimos años de este período.

El **Departamento de Contaduría** inició un uso creciente de herramientas informáticas, ya desde el inicio de las fichas perforadas Hollerit, con un equipo mecanizado electro-mecánico IBM, todavía de escaso uso en el país para la época, con múltiples ventajas para el Hospital: mayor rapidez, seguridad, veracidad y oportunidad en la información; mejor coordinación de Contaduría con las secciones de Compras y de Almacenes y mejores relaciones con la repartición Hacienda de la Universidad.

Las donaciones recibidas fueron incrementándose en estos años, de modo permanente, llevándose registro sistemático de cada una de ellas, incluyendo valor estimado, donante, destino y otros.

Se elaboró un Proyecto de Control de Stock de Almacenes con el Centro de Computación de la Universidad de la República, que comenzó a aplicarse desde 1970.

Los proyectos de presupuestos cuatrienales cuyo estudio se inició en setiembre de 1961, constituyeron una fase de planeamiento, como expresión de la estructura de organización de la Institución, y un instrumento útil para llevar a cabo la ejecución de las actividades programadas así como para realizar la evaluación del plan elaborado y sus resultados. Su preparación constituyó una fase importante de la administración y una responsabilidad inherente a la Dirección. En este período se han utilizado dos presupuestos:

El proyecto del primero para el período 1964-1967 fue elaborado a través de un proceso que comenzó en setiembre de 1961 con el informe que la Dirección presentara a la Comisión Directiva y que comprendía tres partes: Organización del Hospital; Análisis de la situación actual; Programa de desarrollo. Sobre esa base se elaboró un anteproyecto sometido a estudio de la Comisión de Presupuesto, y una vez aprobado por ésta fue considerado por la Comisión Directiva y luego aprobado en octubre de 1963 por el Consejo Directivo de la Facultad de Medicina. Dicho presupuesto se ejecutó en el cuatrienio correspondiente 1964-1967.

El proyecto de presupuesto elaborado para el quinquenio 1968-1972[18] comprendió tres partes fundamentales:

1ª. Conceptos generales, que incluyó: a) doctrina de salud, de atención médica y de hospital; b) labor desarrollada; y c) política de desarrollo.

2ª. Programas de funcionamiento: a) de atención médica; b) educación; c) investigación; d) servicios generales y e) administración general.

3ª. El desarrollo programado para el quinquenio.

A la elaboración por parte de la Dirección siguió el trámite de consideración y aprobación del proyecto por parte de la Comisión de Presupuesto, Comisión Directiva y Consejo de la Facultad, participando además en varias

reuniones de prensa y en diversos actos organizados por distintos órdenes de la Universidad. En diferentes oportunidades la Dirección debió informar en reuniones al Consejo Directivo Central de la Universidad sobre la situación económico-financiera del Hospital. Asimismo, los integrantes de la Dirección debieron concurrir frecuentemente a las Comisiones del Parlamento en las instancias de discusión y aprobación de los proyectos de ley presupuestal, lo que insumió largas y fructíferas jornadas, que dieron prestigio a la labor realizada y jerarquizaron la realización de presupuesto por programa, de cuya ejecución el Hospital fue una de las primeras organizaciones del Estado uruguayo que lo pusieron en práctica. (Fig. 7)



Figura 7.- Presupuesto por Programa del Hospital de Clínicas. Fue uno de los primeros en ponerse en práctica. (FDAN).

Informes Estadísticos Anuales

Anualmente el Hospital mantuvo la publicación de un *Informe Estadístico* (Fig. 8) sobre su actividad en los diferentes servicios, y también un detalle pormenorizado de los importantes visitantes extranjeros que acudieron al Hospital, movidos por la importancia creciente del mismo y el desarrollo de sus diferentes Departamentos y actividades. Estos informes realizados puntualmente por la Dirección, resumían de manera objetiva los datos más relevantes sobre la actividad de los diferentes servicios de hospitalización, ambulatorios y de Emergencia, así como reseñaba hechos. Su lectura brinda igualmente ocasión de observar la evolución del



Figura 8.- Portada de los Informes Estadísticos Anuales. (FDAN).

trabajo del Hospital y su permanente espíritu crítico para mejorar los indicadores, lo cual fue logrado en forma sostenida y obtuvo eco en el exterior del País.

En el primero de la serie, correspondiente al año 1961 y emitido el 4 de mayo de 1962, se brindaban datos de estadística sanitaria en América para 1961 y datos de Estadística Médica del Hospital de Clínicas para el mismo año, como forma de establecer cotejos. En ese primer informe se decía: "Hospital docente, altamente especializado, único de esas características en el país, al cual ingresan un número elevado de enfermos graves, muchas veces en las etapas finales de su enfermedad y un alto porcentaje de pacientes de patología sumamente compleja, enviados en consulta desde todas las regiones del país, cuyo diagnóstico y tratamiento exige en muchos casos procedimientos trabajosos y de alta especialización. Con esa salvedad, aquellas cifras aceptadas para hospitales promedio, tienen el valor de servir de estímulo para procurar mejorar nuestros propios índices, aún teniendo en cuenta los mencionados factores. Conviene señalar especialmente que la tasa de autopsias, uno de los índices más seguros del espíritu científico del cuerpo médico de un hospital, es indudablemente baja y necesita ser mejorada."

En ese tiempo hubo publicaciones internacionales que destacaron la actitud de la información contenida en este Boletín, que incluía no sólo el movimiento de pacientes, de intervenciones y consultas, sino también índices de calidad tales como infecciones, operaciones cesáreas y otros.[19]

En estos boletines se publicaron los nombres de las personalidades extranjeras que visitaron el Hospital, lo que se detalla en el Anexo 2.*

Otras acciones de la Dirección

La gestión de la Dirección abarcó además el desarrollo de programas y propuestas, el quehacer de todos los servicios administrativos, su orientación, realización, evaluación y eventuales correcciones, así como la colaboración y el apoyo a todos los servicios asistenciales, todo lo cual se analizará más adelante en diferentes capítulos. En el curso de los años se fueron agregando otras acciones de la Dirección, como la elección del emblema del Hospital y la ubicación dentro del Hospital de distintas secciones vinculadas indirectamente a los objetivos asistenciales, como lo fueron el Servicio Voluntario, la Oficina del Libro de AEM, una Guardería Infantil y la necesidad de alojar algunas cátedras de la Facultad en el edificio del Hospital.

El emblema del Hospital.- Desde su creación el Hospital no utilizó ningún símbolo identificatorio propio. En 1964, la Dirección convocó con

* Dicha nómina dependía de la información enviada por los Servicios Clínicos a la Dirección, por lo cual dista de ser un registro completo y acabado.

esa finalidad a un concurso de proyectos y se designó un jurado integrado por el Prof. Arq. Leopoldo Artucio, en representación del Rector de la Universidad, el Prof. Dr. Washington Buño, Decano de la Facultad de Medicina, el Prof. Adj. Dr. Constancio E. Castells, presidente de la Comisión Directiva, el Dr. Hugo Villar, Director del Hospital y el Arq. Carlos Surraco, autor del proyecto del Hospital de Clínicas. Se presentaron cincuenta y siete proyectos, pero el concurso fue declarado desierto. Se hizo un nuevo intento con un prestigioso artista plástico nacional, pero sus propuestas tampoco fueron aceptadas.

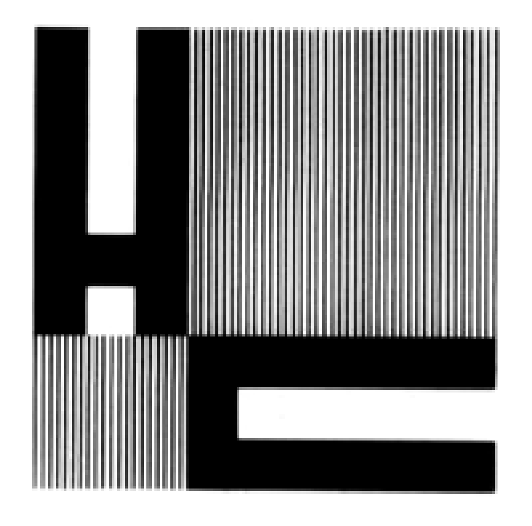


Figura 9.- Emblema del Hospital de Clínicas. Proyectado por Aron Nowinski y aprobado por la Comisión Directiva en diciembre de 1968. (FDAN).

La Comisión Directiva del Hospital de Clínicas el 17 de diciembre de 1968, a propuesta de la Dirección y previo asesoramiento del Arquitecto Asesor, aprueba el proyecto presentado por el Director Asistente Aron Nowinski (Fig. 9). En enero de 1969 se distribuyó la información en el Hospital sobre el símbolo adoptado.

"Su significado: El Símbolo es un cuadrado formado por las letras H y C y dos espacios libres también cuadrados.

Las líneas llenas de las verticales de la H desean expresar la solidez y la fuerza de los propósitos del Hospital. Asimismo la forma alargada en altura de la H, como dirigiéndose hacia el cielo, es una expresión del idealismo de esta obra.

La C del Clínicas forma una amplia y sólida base, como expresión de la realidad; pero es también la C de Comunidad hacia quien el Hospital tiende sus brazos abiertos, simbolizados en las dos ramas de la C, y en quien asimismo se sustenta el Hospital para cumplir con sus cometidos.

Por otra parte, la H del ángulo superior izquierdo, de por sí parece que tiene la inspiración arquitectónica de los hospitales en altura, concepto fundamental en las construcciones hospitalarias en lo que va del siglo; en oposición, marcada en diagonal, a la C del ángulo inferior derecho, que produce una fuerte impresión de tranquilidad y reposo.

Las barras finas verticales que ocupan los cuadrados, sin cierre, significarían el agrupamiento de hombres imbuidos del mismo ideal, de espíritu de servicio, de sentido de equipo, para el logro de los fines de la Institución. Estas barras están

agrupadas en cuadrados, como respondiendo a un plan preestablecido y simbolizando al mismo tiempo la organización necesaria para la acción.

Es, en suma, una síntesis expresiva de un hospital con fines de asistencia, docencia e investigación."

Servicio Voluntario. La organización de personal voluntario en los hospitales tiene una larga tradición en Inglaterra y Estados Unidos. Se trata de personas que por su situación o posibilidades dedican parte de su jornada o algún día de la semana a prestar sus servicios de manera desinteresada en algún centro hospitalario.

A partir de 1968, comienza a colaborar un grupo voluntario en el Servicio de Radioterapia dirigido por el Prof. Agdo. Helmut Kasdorf. Ese grupo estaba formado por integrantes del Consejo Uruguayo de Mujeres Judías y de la B'nai B'rith del Uruguay y otras damas esposas y familiares de médicos vinculados al Hospital.

La iniciativa, tomada por la Dirección, de crear un Servicio Voluntario del Hospital de Clínicas fue aprobada por la Comisión Directiva en 1969. El propósito era prestar colaboración a los diferentes departamentos del Hospital, cooperar en el proceso educativo de la comunidad servida por el Hospital y contribuir a favorecer una mayor vinculación entre la población y el Hospital, estimulando y orientando distintas formas de cooperación de la Comunidad. Se explicitó la doctrina del Servicio Voluntario, así como los aspectos organizativos y las tareas a realizar por las voluntarias. Después de superar las dificultades iniciales con los funcionarios para su implantación, el Servicio Voluntario comenzó a actuar en el Servicio de Otorrinolaringología a cargo del Prof. Luis A. Castillo. Sería conocido, en los años siguientes como Servicio de las Damas Rosadas, por el color de la indumentaria que habían seleccionado para presentarse (Fig. 10). Algunas de las voluntarias que presidieron este Servicio fueron: Lidia Radoskowicz, Carmen Bermúdez, Gizela Munzer y Dora Prusky.*

Muchos años más tarde, al promediar la década de 1990, el Centro Hospitalario Pereira Rossell habría de incorporar un servicio similar.

Asociación de Amigos del Hospital de Clínicas. Creada, organizada y reglamentada a impulsos de Fernando Herrera Ramos en 1966, reportó numerosos beneficios al Hospital.

Anteproyecto de estatutos para la Fundación Hospital de Clínicas. Fue elaborado en este período. Integraron sus autoridades provisorias Fernando Herrera Ramos, Hugo Villar, Isaac Margulies, Jorge Dighiero, Frank Hughes,

* Información del FDAN.



Figura 10.- Integrantes del Servicio Voluntario (Damas Rosadas) en 1970. (AFHC).

J.J. Crottogini y Roberto Caldeyro-Barcia. Fueron designados sus representantes los abogados Juan Pedro y Carlos Zeballos.

La Oficina del Libro de AEM en el Hospital. La historia de la Oficina del Libro se remonta a noviembre de 1946, cuando dos estudiantes de 2º año de Medicina, Aron Nowinski y Walter Cruz,[20] proyectaron su creación. Poco después, luego de un cuidadoso estudio realizado por una subcomisión, la Directiva de la Asociación aprobó el proyecto el 23 de enero de 1947 y nombró como director de la Oficina a Aron Nowinski. La obra marchó adelante y el 28 de julio de 1948 se inauguraba oficialmente la Oficina del Libro, en el local de la Asociación de los Estudiantes de Medicina en la calle San José 1068. El 18 de noviembre de 1949 se ampliaban las perspectivas al inaugurarse la Sección Facultad en el hall de la Facultad de Medicina. Durante todo ese período, y hasta julio de 1950, la Dirección estuvo a cargo de Aron Nowinski.

Desde 1954 ocupó un espacio en el Hall Central del Hospital, junto al local que se había asignado a la Bedelía de la Facultad de Medicina, y que luego fue consagrado al sector de Ediciones de dicha Oficina del Libro. El 15 de marzo de 1966 se produjo la instalación en el Hospital de Clínicas de un nuevo emplazamiento de la Oficina del Libro de la AEM, destinado a la atención del público, fundamentalmente estudiantes de distintas disciplinas y graduados.

Guardería infantil. Con el curso de los años fueron surgiendo nuevas necesidades sociales, vinculadas especialmente a la gente más joven, por su

condición de padres y madres que trabajaban en el Hospital. Para brindar el adecuado sosiego a los jóvenes padres que eran estudiantes, médicos o funcionarios del Hospital, a veces ambos padres lo eran, mientras se desempeñaban en sus tareas cotidianas, fue necesario acoger la iniciativa de instalar una Guardería en uno de los Sectores disponibles en el primer piso del Ala Oeste, dentro del edificio destinado a servicios administrativos de apoyo, fuera de las áreas clínicas.

El proyecto fue elaborado en 1969 por Aron Nowinski, con la colaboración del Cr. Omar R. Freire, Profesor de Economía de la Hacienda de la Facultad de Ciencias Económicas y de Administración, que fueron designados por el Consejo Directivo Central de la Universidad. Luego de las aprobaciones y presupuestaciones respectivas, la Guardería se puso en funcionamiento a partir de 1970. La misma se instaló en las cercanías de lo que ocupó como nueva sede la Oficina Universitaria de Salud, y tuvo gran suceso.

Ubicación de Cátedras y Servicios en el Hospital. En el año 1969 la Cátedra de Farmacología y Terapéutica que había funcionado en el Edificio destinado primitivamente al Instituto de Higiene Experimental, en la esquina Noreste de General Flores e Isidoro de María, compartido con el Instituto de Patología General y Fisiopatología, solicitó y obtuvo la utilización de un sector en el Piso 1º del Ala Oeste del Hospital, en una planta física de varios niveles que ya se empleaban para otras prestaciones. Se trataba de amplios locales para laboratorio, con anexos para animalera y otras facilidades para tareas experimentales. Posteriormente se incorporaron salones de clase y progresivamente la Cátedra se fue instalando en el área del Hospital.

Del mismo modo, la Cátedra de Patología General y Fisiopatología, cuando su titular pasó a ser el Prof. Dr. Roberto Caldeyro-Barcia, quien reemplazó al anterior Prof. Dr. Adrián Fernández, bregó por traer ese Departamento, a un piso inmediato al que ocupaba con el Servicio de Fisiología Obstétrica *Prof. Dr. Bernardo A. Houssay*,* luego Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), en el Piso 16º del Hospital. Así se desarrolló en el inmediato Piso 15º el ámbito de docencia, e investigación de dicho Servicio.

Ambas Cátedras tuvieron presente que aunque no estaba en los planes iniciales de la construcción del Hospital incorporarlas, había espacios libres en abundancia en el Hospital, ya que la dotación de camas prevista en los comienzos había distado mucho de ser la real. Se disponía además, lo que era fundamental, de amplios ambientes, modernos, luminosos y con instalaciones actualizadas, para el desarrollo de las actividades de docencia e investigación que requería equipamientos cada vez más sofisticados, de alta tecnología, que

* El Servicio de Fisiología Obstétrica llevaba el nombre del científico argentino, galardonado con el Premio Nobel de Medicina y Fisiología en 1947, por su estrecha vinculación con nuestra Escuela de Medicina.

podían sufrir daños irreparables por defectos en las instalaciones eléctricas de los viejos edificios que antes habían ocupado. Así pasaron de desarrollar sus tareas durante muchas décadas en ambientes de subsuelos poco iluminados y ventilados, con carencia de facilidades para el desarrollo del trabajo experimental, a hacerlo en locales más acogedores, buscando el aprovechamiento inteligente de espacios universitarios disponibles y sub-utilizados.

Estadísticas asistenciales 1961 – 1974

A los efectos de poder comparar con las cifras de la década anterior (página 283), se resume en el Cuadro 1 la evolución de los principales indicadores de asistencia hospitalaria en el período 1961 - 1974.

Asociación Uruguaya de Administradores de Hospitales

En el mismo período, se señalaban en el informe otras actividades relacionadas, entre las cuales destacamos que en agosto de 1963 quedó constituida la Asociación Uruguaya de Administradores de Hospitales (AUAH), que agrupó técnicos ocupando cargos de Dirección o Jefatura en los Hospitales de todo el país, públicos o privados. Se aprobó la Carta de Fundación y los Estatutos. Esta Asociación tuvo entre sus objetivos los siguientes, señalados en su Carta de Fundación:

1) El régimen de gobierno debe significar la eliminación de toda ingerencia de política partidista del país en el régimen hospitalario. La Dirección y Administración deben ser únicamente técnicas.
2) Cada unidad hospitalaria tiene que realizar la organización de su cuerpo médico.
3) Toda unidad hospitalaria tiene que llenar los requisitos mínimos que se establezcan en el país, fomentar la investigación científica y documentar toda su actividad por un servicio de estadística y archivo clínico.
4) Toda unidad hospitalaria tiene que admitir y recibir la inspección técnica de evaluación a los fines de su acreditación.
5) El hospital moderno supone la más alta expresión de la medicina administrativa y de salud pública.
6) Es necesaria la existencia de una Comisión de Expertos capaces de producir los informes de acreditación que permitan el perfeccionamiento de las estructuras vigentes; los progresos básicos en la enseñanza de la administración de hospitales; el fundamento técnico para la economía a reconocer a cada unidad; las normas de organización del cuerpo médico.[21]

Año	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974
Camas Habilitadas	577	606	607	607	607	607	607	607	607	607	607	613	617	621
Cunas	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Pacientes en Asitencia ext	176015	182319	205010	250604	226465	271140	204461	235764	228454	238394	208261	169468	179152	203018
Hospitali zaciones	8391	8781	9728	10164	10117	10468	8909	9857	10066	9702	9811	9436	9262	10070
Promedio es tadía (días)	22,4	23,1	21,5	20,3										
Operaciones	4516	4921	5135	5507	4922	5699	4943	5686	5966	6129	5658	5227	4949	5610
Análisis Clí-nicos	108456	110411	139278	146824	140417	177620	173357	188124	145095	215577	166173	167205	155321	151965
Estudios Radiológicos	64715	65908	77634	76858	68483	74989	60204	55228	47820	58651	43041	38105	36214	37782
Recién Na-cidos	358	668	787	808	788	588	607	708	668	748	846	859		
Tasa Morta-lidad	8,46	7.48	6,9	7	6.7	7,1	7,8	7,7	8,3	8,6	9	9,8	9,6	9
Porcentaje Autopsias	21,1	28,6	27	29,2	26,4	25,5	21,4	22,5	18,9	20,7	14	18,8	17,2	18

Cuadro1.- Principales indicadores de la asistencia hospitalaria en el período 1961-1974, tomados de los *Informes Estadísticos Anuales*.

Realizadas las elecciones en la AUAH, quedó constituida la primera Comisión Directiva, con esta integración:

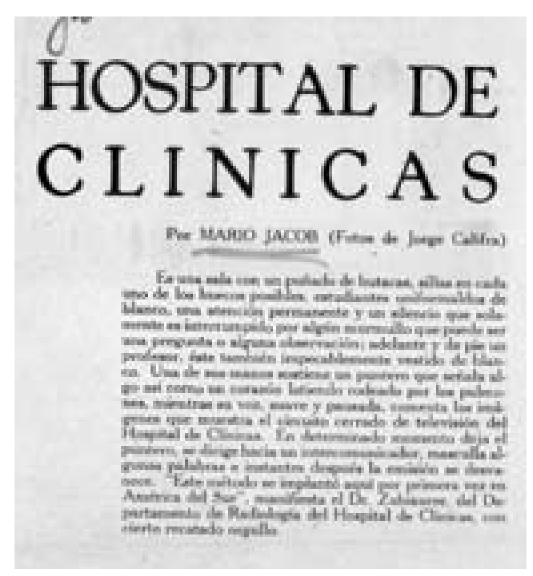
Presidente	Vicepresidente
Dr. Hugo Villar	*Dr. Ceibal Artigas*
Secretario	Tesorero
Dr. Moisés Cohen	*Sr. Aron Nowinski*
Secretaria de actas	Vocales
Nurse Dora Ibarburu	*Dr. Germán Mernies*
	Dr. Joaquín Purcallas

Esta Comisión fue reelecta por un nuevo período de 2 años, siendo únicamente sustituido el Dr. Mernies por el Dr. Ramón P. Sierra. La Asociación obtuvo la personería jurídica el 28 de diciembre de 1965.

Organizadas por esa Asociación se realizaron entre el 13 y 19 de diciembre de 1965, en el Balneario Solís*, las Primeras Jornadas Nacionales de Planificación y Construcción de Hospitales,[22] a régimen intensivo de trabajo.

Visiones opuestas de la prensa

Fueron muy disímiles los comentarios de la prensa acerca de la gestión llevada a cabo en el Hospital durante este período. En 1961 Mario Jacob, desde *Gaceta de la Universidad* relataba, admirado, sus impresiones al ver funcionar el circuito cerrado de televisión en el Departamento de Radiología, el primero en instalarse en Sud América (Fig. 11). En julio de 1962 la misma publicación elogiaba los logros obtenidos con las direcciones de Almenara y Villar (Fig. 12). Ante los periódicos apremios económicos aparecían visiones más encontradas. En 1961, *La Mañana* anunciaba un


HOSPITAL DE CLINICAS

Por MARIO JACOB (Fotos de Jorge Califra)

Figura 11.- De *Gaceta de la Universidad*, año 1961. (FDAN).

* Fueron celebradas en la Colonia de Vacaciones del Sindicato Médico del Uruguay, Hotel *"Alción"*, Balneario Solís, Departamento de Maldonado, Uruguay.

CLINICAS: MUCHO CAMINO RECORRIDO EN POCO TIEMPO

En enero de 1958, la Universidad puso al frente del Hospital de Clínicas a un *prestigioso* técnico peruano, el Dr. Guillermo Almenara. En abril de 1962, este distinguido huésped de nuestra casa de estudios iniciaba un Cursillo de Administración de Hospitales. El 1° de agosto de 1960, previo llamado a aspiraciones, ocuparon sus cargos los asistentes uruguayos designados para secundar al Dr. Almenara y al mismo tiempo adquirir una formación importante en la práctica, al lado de un maestro de estatura americana. Finalmente, un nuevo llamado a aspiraciones determinó que el doctor Hugo Villar, uno de los asistentes que acabamos de mencionar, fuera nombrado Director del Hospital, cargo que comenzó a desempeñar en abril de 1961. A su vez, como asistente suyo, resultó designado el Sr. Aron Nowinski, quien también lo era del Dr. Almenara.

Todas estas medidas fueron criticadas por cierta prensa, desde luego: el Dr. Guillermo Almenara, uno de los técnicos de mayor reputación en el continente "cobraba demasiado"; el Dr. Villar, médico uruguayo, especializado en organización y administración de hospitales, "era demasiado joven". Del curso dictado no se dijo gran cosa, pese a que se trataba de una importantísima y original aportación en materia de capacitación técnica tendiente a solucionar una de las lagunas más notorias de nuestro panorama asistencial. De las medidas adoptadas por unos y otros, tampoco se dijo nada, pese a cierta tendencia a ver continuamente toda clase de pajas en los ojos del hospital universitario.

Y sin embargo después de casi 5 años de Dirección técnica y eficiente, la obra realizada está allí, más visible para los usuarios del hospital, el pueblo más auténtico, el que se sirve en la medida que puede de la asistencia pública, que para los editorialistas de los diarios. Y porque la obra está allí se escribe esta nota, cuya misión es exponer en un órgano universitario, cómo nuestro hospital, con sus propósitos asistenciales y docentes, progresa y se ajusta a los objetivos y principios impuestos por su naturaleza.

Con Ruido y en Silencio

Hay mucho de sensacional y visible para contar, de la actuación desarrollada en los últimos tiempos en la Dirección del Hospital de Clínicas. Se está instalando una Bomba de Cobalto. Se procuran instalaciones y equipos para un laboratorio de cardiología ya existente, base material para la investigación y las operaciones con las modernas técnicas de cirugía cardíaca. El frente será terminado, completándose el pórtico que dotará a la vía de entrada al hospital de una librería, un dispensario de rayos X para examen de los visitantes, puestos de ventas de flores y de regalos, e incluso una guardería infantil o local vigilado, donde los concurrentes puedan dejar sus niños mientras permanecen en el Hospital.

También hay mucho que no se ve a primera vista. Y eso es lo que nos importa fundamentalmente en este momento.

Esta es una historia que empieza en un lavadero que debe esforzarse para entregar en tiempo oportuno, la cantidad de ropa limpia, necesaria; que

GACETA DE LA UNIVERSIDAD

Figura 12.- *Gaceta de la Universidad,* julio 1962. (FDAN).

PAGINA CUATRO — 1961

CAOS EN EL CLINICAS

HAY QUE SALVAR AL HOSPITAL "Dr. QUINTELA"

Para nadie es ya un misterio, el fracaso rotundo de la dirección técnica y administrativa del Hospital "Dr. Manuel Quintela". Causando por lo mismo extrañeza, que la Facultad de Medicina, de quien depende directamente el Clínicas, según la Ley Nº 11.434, no haya tomado las medidas necesarias, para que no se hunda en el caos total el Hospital Universitario, del que se pensó sería la réplica asistencial y docente, técnica moderna, a los vetustos y anacrónicos hospitales de caridad primero, y después de Salud Pública.

Sólo se habla ahora de votarles partidas presupuestales. Así lo reclaman públicamente la Federación de Estudiantes Universitarios del Uruguay —FEUU— y el propio Consejo Universitario.

No se dice nada, absolutamente nada, en cuanto a las medidas a tomar para evitar la caída del Clínicas, efectuando el reajuste de fondo a fin de poner término a las serias irregularidades allí existentes, causas del fracaso.

Puntualizaremos algunos hechos en forma pormenorizada, para que la opinión pública tenga la información suficiente, para conocer a los verdaderos responsables de la situación denunciada.

EL ORDEN ASISTENCIAL

En este aspecto fundamental, se ha vuelto al anacronismo de los hospitales. Porque se le ha escamoteado a los servicios de policlínicas los recursos previstos y necesarios, dependiendo aquellos como antaño para una elemental asistencia, del esfuerzo y la abnegación de médicos, nurses y auxiliares.

Con la excepción de alguno, los servicios asistenciales han quedado a medio instalar, tal como se empezaron a habilitar en los años 1953 y 54, y aún en peores condiciones, en la medida que la concurrencia de enfermos fue aumentando. Se ha llegado hasta el hacinamiento.

VISOS DRAMATICOS

Figura 13.- *La Mañana,* año 1961. (FDAN).



Figura 14.- *Gaceta de la Universidad,* mayo 1963. (FDAN).

"Caos en el Clínicas" y pedía su salvación, pero atribuyendo el fracaso asistencial a irregularidades en su manejo (Fig. 13). En mayo 1963 *Gaceta de la Universidad* anunciaba "La Universidad sin dinero" y mostraba una manifestante con un cartel "Cierra el Clínicas" (Fig. 14). *Marcha*, en un artículo firmado por José Manuel Quijano, titulaba en octubre de 1967 "El Clínicas, otra víctima de la inflación" (Fig. 15).


JOSE MANUEL QUIJANO

El Clínicas: otra víctima de la inflación

Figura 15.- *Marcha,* 1967. (FDAN).

CAPÍTULO XIII

LOS SERVICIOS ASISTENCIALES: I) SERVICIOS CLÍNICOS

Los primeros veinte años de vida
Departamento de Emergencia
Las Clínicas
Clínica Semiológica
Clínica Médica A
Clínica Endocrinológica
Clínica de Nutrición y Digestivo
Clínica Dermosifilopática
Instituto de Neurología "Prof. Dr. Américo Ricaldoni"
Clínica Oftalmológica
Clínica Quirúrgica A
Clínica Quirúrgica B
Clínica Quirúrgica F
Clínica Otorrinolaringológica
Clínica Urológica
Clínica Ginecotocológica
Centro Quirúrgico
Disponibilidad de camas en el período
Ocupación de los pisos
Consultorios externos

Los primeros veinte años de vida

A pesar de la inexperiencia en la dirección, de la escasez presupuestal, de las dificultades en la habilitación de servicios, de la inestabilidad funcional y de los conflictos entre personalidades no siempre dispuestas a dejar de lado intereses personales o sectoriales, en este breve período el Hospital fue logrando desarrollar varios progresos en la asistencia médica. Sin dejar de reconocer la importancia que tuvo en este proceso el entusiasmo de docentes y estudiantes por alcanzar nuevos avances científicos, cabe señalar que un factor de especial gravitación fue la nueva organización del Hospital, con creación de departamentos y centralización de servicios, ofreciendo así nuevas facilidades físicas y equipamiento médico moderno, con incorporación de las más altas tecnologías del momento. Esta nueva organización permitió un desarrollo homogéneo, en masa, de todo el complejo asistencial, desde el cual se desprendieron puntualmente ciertas líneas de trabajo.

Por primera vez en el país se organizó el funcionamiento hospitalario sobre la base de departamentos y servicios centralizados. A pesar de la fuerte oposición de numerosos jefes de servicio, desde la inauguración del hospital se encontraron centralizados y organizados como departamentos varios servicios asistenciales de apoyo: Laboratorio, Radiodiagnóstico, Anatomía Patológica, Alimentación, Anestesia y Gasoterapia, Sangre y Plasma y Física Médica. Aprovechando la centralización de estos servicios, las distintas clínicas se fueron expandiendo y ramificando hasta la creación de especialidades y sub-especialidades.

En la década del cincuenta los esfuerzos de las autoridades y del cuerpo médico se dirigieron principalmente a afianzar los servicios centralizados y del Centro Quirúrgico, y una vez logrado, se favoreció el crecimiento del inicialmente llamado Laboratorio Cardio-Respiratorio, de la Unidad de Riñón Artificial y del Centro de Recuperación Postanestésica, y se continuó la habilitación de distintos sectores del hospital.

La siguiente década vio el desarrollo del Laboratorio Cardio Respiratorio y su transformación en Departamento, culminando con la aparición de las especialidades de Cardiología y Cardiocirugía. También se vio el nacimiento de la Nefrología sobre la base de la Unidad de Riñón Artificial y la concreción de los primeros trasplantes renales. El Departamento de Radiología incorporó equipamientos de primera línea en Radiodiagnóstico y un moderno equipo de Cobaltoterapia para tratamientos radiantes. El Instituto de Neurología marcó varias innovaciones: Impuso la Neurocirugía como especialidad y, al establecer guardias neuroquirúrgicas permanentes, hizo del Hospital la referencia obligada de toda urgencia neurológica o neuroquirúrgica, tanto pública como privada. Desarrolló las especialidades de Neuropediatría, Neuroradiología y sentó las bases de la futura Neuropsicología. Ingresó la Ginecotocología al Hospital y con ella un Servicio de Recién Nacidos.

En el transcurso de estos veinte años, el Cuerpo Médico estableció puentes entre las distintas clínicas y laboratorios a través de la organización del Ateneo General del Hospital, evento periódico que reunía a todas las clínicas y departamentos asistenciales para la discusión de un tema de interés general y actual. (Figs. 16 a 19)



Figura 16.- Ateneo general sobre tétanos. (FDAN).



Figura 17.- Ateneo general. Expone el Prof. Jorge Lockhart. (AFHC).



Figura 18.- Ateneo general de mayo 1972, con anfiteatro repleto de asistentes. (AFHC).



Figura 19.- Ateneo general de mayo 1972. En la mesa los Dres. Raúl Muchada, Tabaré González, Raúl González Puig, Celso Silva y Hugo Villar. (AFHC).

El vínculo con las distintas sociedades científicas fue estrecho. El Hospital acogió a numerosos congresos médicos nacionales que encontraron sede apropiada en el Salón de Conferencias del Piso 19 o en el Anfiteatro Surraco en Planta Baja (Figs. 20 a 28).



Figura 20.- 5º Congreso Nacional de Medicina Interna, 1969. Vista parcial de los participantes. En primera fila, de izquierda a derecha: Aron Nowinski, Fernando Herrera Ramos, Alfredo Navarro Lussich, Hugo Villar, Julio C. Ripa. (FDAN).



Figura 21.- 6º Congreso Nacional de Medicina Interna, 1970. Acto de inauguración. En el estrado, de izquierda a derecha: Milton Portos, invitado extranjero, Julio Arsuaga, Gonzalo Lapido, Hugo Villar, José Scherschener, Carlos Oehninger. (AFHC).



Figura 22.- 6º Congreso Nacional de Medicina Interna, 1970. (AFHC).



Figura23.- 7º Congreso Nacional de Medicina Interna, 1971. Acto de inauguración. De izquierda a derecha: Carlos Garbino, Juan A. González Leprat, Carlos Gómez Haedo, Pablo V. Carlevaro, Walter Ravenna, Carlos Oehninger, Gonzalo Lapido, Aron Nowinski. (AFHC).



Figura 24.- 21º Congreso Uruguayo de Cirugía, 1970. De izquierda a derecha: Alberto Valls, invitado extranjero, Juan Carlos del Campo, Walter Ravenna, Jorge Lockhart, Pablo V. Carlevaro, Hugo Villar, Washington Lanterna, Lorenzo Mérola. (AFHC).



Figura 25.- Jornada Rioplatense de Urología, 1969. (FDAN).



Figura 26.- 34ª Jornada Rioplatense de Otorrinolaringología, 1970. Hace uso de la palabra Luis A. Castillo. (AFHC).



Figura 27.- En el mismo evento, de izquierda a derecha: Julio Ripa, Aron Nowinski, Hugo Villar, Julio Arsuaga, Luis A. Castillo y Justo M. Alonso. (FDAN).

Por todos estos avances, que se alcanzaban por primera vez en el país, y otros que no por no ser originales dejaban de ser progresos, el Hospital alcanzó los primeros niveles de la Medicina nacional y se ubicó entre los mejores a nivel continental. Atraídos por ese prestigio, desfilaron decenas de becarios extranjeros de todos los rincones de América Latina, formándose en las distintas disciplinas en las que el Hospital de Clínicas de Montevideo había logrado descollar.

Los efectos de la crisis económica del país y de la intensa inquietud social que la acompañó desde fines de los años sesenta, se hicieron más intensos en la década siguiente y repercutieron en forma marcada y creciente en la vida del Hospital, limitando sus recursos económicos e impidiendo las inversiones que una tecnología médica pujante y arrolladora exigía para evitar quedar retrasados. No obstante ello, el Hospital logró seguir marcando iniciativas. Aparecieron las Residencias Médicas, nació en el Hospital el primer Centro de Tratamiento Intensivo del país, y se instaló el Centro Latinoamericano de Perinatología.

A continuación se resumirá la evolución de los distintos sectores asistenciales que, integrados, dieron prestigio al Hospital de Clínicas. En esta evolución es posible percibir varios puntos en común, ajenos a la existencia o no de recursos, que explican los resultados. Ellos son en primer lugar, el entusiasmo con que se asumen iniciativas progresistas, entusiasmo que se trasmite a todos los participantes del proyecto, sean ellos médicos, enfermeros, estudiantes o cualquier otro actor involucrado. En segundo lugar, la sensación de pertenencia a la institución con orgullo y alegría. En tercer lugar, el desinterés individual por eventuales beneficios. Y por último, la confianza y el apoyo, por lo menos moral, de las autoridades universitarias.

El tratamiento de los distintos servicios asistenciales será, necesaria y lamentablemente, desigual. Ello se debe, no a una voluntaria y arbitraria selección de los autores sino a la información disímil de que ellos dispusieron, en algunos casos por falta de documentos y datos, en otros por depender de los recuerdos de memoriosos, no siempre exactos, y en otros aún, por incapacidad para llegar a las fuentes o para calibrar con aproximada certidumbre la relativa importancia de cada tema.

Departamento de Emergencia

El Servicio de Emergencia, cuyo objetivo era asistir pacientes con urgencias médicas y quirúrgicas, fue inicialmente encarado como un apéndice de las clínicas con internación en el Hospital, y su asistencia se limitaba a 12 horas. Las distintas clínicas médicas y quirúrgicas (inicialmente dos clínicas médicas y dos quirúrgicas) se distribuían los días de la semana para que el personal de la clínica hiciera guardias en el Servicio de Emergencia. Durante los primeros años estuvieron encargados del Servicio de Urgencia (o de Puerta, como también se le

conocía por analogía con otros hospitales) los Dres. Juan Cendán Alfonzo, José Pedro Ibarra y Abel Proto, en forma interina. Este sistema, indudablemente poco efectivo por la discontinuidad de la atención y la falta de coordinación entre los servicios y entre sus propios integrantes, luego de un largo proceso de discusión y de estudio de un proyecto elaborado por el Director Hugo Enríquez, se modificó para configurar un Departamento de Emergencia. En 1958 Guillermo Almenara presentó una propuesta de requisitos para la selección de un médico jefe del Departamento, que fue aprobada por la Comisión Directiva, y se llamó a la provisión de los cargos de Emergencia. Este Departamento contaba con un Director y un plantel de médicos que incluía diariamente dos médicos de guardia (un Profesor Adjunto –Grado 4- y un Asistente –Grado 3), dos cirujanos de guardia (un Profesor Adjunto y un Asistente) con la exclusiva función de atender el Servicio, y con seis practicantes internos del Hospital. Médicos, cirujanos y practicantes hacían guardias de 24 horas semanales con domingos rotativos. A ellos se agregaban colaboradores honorarios de los médicos, de los cirujanos y de los practicantes, conocidos éstos en la jerga hospitalaria como "leucocitos". Luego de un período de dirección interina se nombró al primer director titular del Dpto. de Emergencia, que fue el Prof. Agdo. Walter García Fontes. En 1971 fue sustituido por el Prof. Agdo. José Pedro Cirillo.

El Departamento estaba correctamente equipado para atender cualquier situación urgente. Tenía varios consultorios convencionales, dos consultorios para curaciones, pequeña cirugía y procedimientos invasivos, otro ginecológico, y salas de internación para observación. También disponía de dos salas de operaciones que nunca fueron utilizadas, salas de estar para médicos y practicantes y salón dormitorio para médicos y practicantes de guardia en la misma planta y en el Piso 19 sector sur. También contaba con sala de espera, local para radioscopías con equipo apropiado y local para archivero clínico y vigilante. La dotación del personal de enfermería era mayor que la de las salas de internación, contando con una Nurse Supervisora, una Nurse por turno, y varios Auxiliares de enfermería. Disponía de una Dietista, una Asistente Social y un camillero destinados en exclusividad al Servicio de Emergencia.

Cumplía funciones docentes además de las puramente asistenciales, organizando cursos de Medicina y Cirugía de urgencia. Eran frecuentes los encares de historias clínicas sobre temas de urgencia, extracurriculares, destinados a quienes preparaban el concurso para practicante interno. Todo el personal de guardia, incluyendo los honorarios, tenía acceso al comedor donde se servían 4 comidas: desayuno, almuerzo, merienda y cena, en horarios determinados. Era frecuente, a la hora del almuerzo, la coincidencia en el comedor del personal de guardia y del Director y sus Asistentes, lo que a veces llevaba a charlas informales en las que los directores tenían información directa y de primera mano sobre hechos acaecidos en la guardia hospitalaria.

El número de camas para internación provisoria fue variando: a las primitivas 6 camas se agregaron 12, en abril de 1956, y 10 más en mayo del mismo año. En 1958 se suprimieron 22, quedando solamente 6. El cuadro 3 muestra el movimiento de enfermos en el Departamento de Emergencia en los primeros 20 años.[23]

PACIENTES ASISTIDOS EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA		
AÑO	TOTAL DE PACIENTES	PROMEDIO DIARIO
1954	4.308	12
1955	10.030	27
1956	14.805	41
1957	20.723	56
1958	22.540	61
1959	13.198	36
1960	12.396	33
1961	10.832	29
1962	14.085	38
1963	21.953	60
1964	25.781	70
1965	27.635	75
1966	31.796	87
1967	31.256	85
1968	33.255	91
1969	42.718	117
1970	40.799	111
1971	39.162	107
1972	35.824	98
1973	36.799	101
1974	37.421	102

Cuadro 2.- Pacientes asistidos en el Departamento de Emergencia de 1954 a 1974.


Figura 28.- Sala de internación. Al fondo, el solario. (AFHC).

Las Clínicas

La habilitación de distintos pisos del Hospital con destino a internación de pacientes comenzó en setiembre de 1953 con la apertura del Piso 8 para la Clínica Semiológica. A partir de ese momento y hasta el año 1974, en que finaliza el período estudiado, se sucedieron las distintas habilitaciones de servicios clínicos que se irán detallando, hasta llegar a ocupar ocho pisos con pacientes internados. En el transcurso de los años fueron variando la cantidad de camas adjudicadas a las distintas clínicas y a veces su ubicación dentro del Hospital. Todas las habilitaciones requirieron una cuidadosa preparación previa de los locales físicos, las facilidades de que dispondrían y del personal destinado a su atención. Junto con las salas de internación, cada Servicio dispuso de Consultorios de Asistencia Externa, que serán comentados en forma conjunta más adelante. Los datos analizados provienen de un excelente informe de la Dra. Renée Minatta, Jefa del Departamento de Historias Clínicas y Estadística Médica, de 1964.[24]

Cada uno de los pisos de hospitalización tienen una superficie de 3.282 m2. Disponían de 6 unidades de enfermería cada uno, denominadas Salas, numeradas 1 a 6, estando las pares en el Ala Este y las impares en el Ala Oeste. Cada unidad de enfermería estaba formada por una sala de 12 camas, (Fig. 28) 2 salitas de 2 camas cada una y 2 aislamientos con camas individuales, en total 18 camas, salvo las unidades de enfermería de los extremos del piso (salas 5 y 6) que contaban con 15 camas cada una. En cada unidad existía un solario que servía de comedor para los pacientes que podían abandonar el lecho, una estación de enfermeras y cuartos de trabajo para el cuerpo médico y enfermería. Cada piso disponía de tisanerías, salas de curaciones, ropería, oficinas para jefe de enfermería del piso, dietista, asistente social y archivistas clínicos, servicios higiénicos

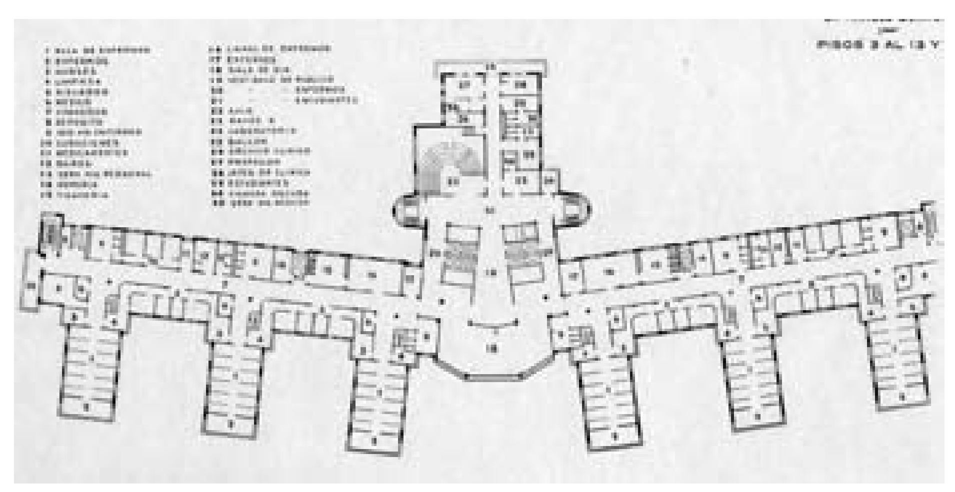


Figura 29.- Corte transversal de un piso de internación, con el destino inicial de cada división.(FDAN).

para pacientes y personal, un amplio hall central con grandes ventanales y un sector docente con anfiteatro, oficinas para el jefe de servicio y secretaría, lugar de reuniones muchas veces usado como biblioteca, vestuarios para médicos y estudiantes y servicios higiénicos (Fig. 29). Las unidades de enfermería en los pisos que se fueron habilitando contaban con capacidad para 607 camas. Además se contaría con 20 cunas para recién nacidos una vez habilitado el piso 16.

Clínica Semiológica

La Clínica Semiológica, posteriormente transformada en Clínica Médica D, cuyo Director era entonces Pablo Purriel (Fig. 30), fue el primer servicio clínico de internación en el Hospital. Se instaló en el Piso 8 en setiembre de 1953, proviniendo del Hospital Maciel. Ocupó 50 camas y en los años siguientes llegó a 102, o sea a ocupar las seis salas del piso. Contaba con consulta externa en el turno matutino y a partir del año siguiente también en el turno vespertino. Luego del cese de Purriel, lo sucedió Jorge Bouton (Fig. 31 y 32), como Profesor Director, el 26 de marzo de 1971.



Figura 30.- Pablo Purriel, Profesor Director de Clínica Semiológica en Piso 8, posteriormente Clínica Médica D, de 1953 a 1970. (AFEW).



Figura 31.- Jorge Bouton, sucesor de Purriel a partir de 1971. (AFSMU).



Figura 32.- Jorge Bouton, sucesor de Purriel a partir de 1971, junto al Decano Pablo V. Carlevaro y el Director del Hospital Hugo Villar. (FDAN).



Figura 33.- Julio César García Otero, Profesor de Clínica Médica A en Piso 11 desde 1954 a 1960. (AFEG).

Clínica Médica A

La Clínica Médica A de Julio César García Otero (Fig. 33) entró al Piso 11, del cual dispuso de tres salas, con 51 camas, en el año 1954. Poco después se le otorgó otra sala y totalizó 72 camas. Al término de su mandato reglamentario, en 1960 (Fig. 34), fue sucedido por Fernando Herrera Ramos (Fig. 35), que tenía su servicio en el Hospital Pasteur y que asumió la dirección de la Clínica Médica el 9 de marzo. A su vez, Herrera Ramos fue seguido en la cátedra de Médica A por Manlio Ferrari (Fig. 36), proveniente del Hospital Maciel, en 1967.



Figura 34.- Despedida a García Otero en el Piso 11. Diserta José L. Duomarco. Entre el público presente en el anfiteatro es posible reconocer a José Estable, Pedro Regules, Julio C. García Otero, Nicolás Caubarrère, Juan Gandolfo (primera fila); Fortunato Ramírez, Alba Zunino, Pablo Purriel, Juan C. del Campo, Pedro Gaudiano, Vicente Guaglianone, María Dell'Oca (segunda fila); Dinorah Castiglioni, Alfredo Berhouet, José A. Praderi, Frank Hughes, Abel Chifflet, Pedro Ferreira Berruti (tercera fila); José Scherschener, Raúl Nin Sacarelo, Bibí Costa, Fernando Gómez, Sergio Faravelli, Raúl Canzani, Gonzalo Lapido (cuarta fila).



Figura 35.- Fernando Herrera Ramos. Dirigió la Clínica Médica A en el Piso 11 desde 1960 a 1967. También fue Presidente del Comité Ejecutivo del Cuerpo Médico. (AFEG).



Figura 36.- Manlio Ferrari, sucesor de Herrera Ramos, a partir de 1967. (AFEG).



Figura 37.- Bartolomé Vignale, Profesor de Clínica Dermosifilopática. (Gentileza del Doctor Néstor Macedo).

Clínica Dermosifilopática



Figura 38.- Aquiles Amoretti, Profesor de Clínica Dermosifilopática de 1957 a 1969. (AFEG).

El mismo año de 1954, en el mes de enero, el Piso 11 recibió a la Clínica Dermosifilopática, que tenía su Policlínica en el Piso 1 desde noviembre del año anterior, dirigida por Bartolomé Vignale (Fig. 37). Ese año contó con 6 camas de internación en la Sala 6, que pasaron a 12 en 1956. Aquiles Amoretti (Fig. 38) se hizo cargo de la Clínica en julio de 1957, y dos años después se le otorgaron 4 camas más. En 1969 Raúl Vignale Peirano (Fig. 39) sustituyó a Amoretti, quien había llegado a edad límite, en la cátedra y en la dirección del Servicio.

En 1971 se habilitó un consultorio de Alergia.



Figura 39.- Raúl Vignale Peirano, a quien vemos rodeado por visitantes y colaboradores de su Clínica, sucedió a Amoretti en la Cátedra. (AFHC).

Clínica Oftalmológica

La cátedra de Oftalmología, de Washington Ísola (Fig. 40), en julio de 1954 accedió a un servicio de internación en la Sala 6 del Piso 10 del Hospital



Figura 40.- Washington Ísola, Profesor de Oftalmología también ingresó al Hospital en 1954. (AFEG).



Figura 41.- Raúl Rodríguez Barrios tomó el lugar de Ísola en 1968. (AFEW).

de Clínicas, que se sumó al servicio de asistencia externa que había iniciado en marzo de ese año. De las 6 camas iniciales pasó a tener 18 en diciembre de 1956 y posteriormente 24. En junio de 1968 Raúl Rodríguez Barrios (Fig. 41) tomó el lugar de Ísola al frente de la Cátedra y del Servicio en el Hospital. La actuación pionera de Rodríguez Barrios en trasplantes de córnea, que en algún momento provocó un escándalo por parte de la prensa (ver capítulo 19), fue el germen del futuro Banco de Órganos y Tejidos y de la transplantología.

Clínica Otorrinolaringológica

También en 1954 se habilitó la internación en la Sala 5 del Piso 7 para la Clínica Otorrinolaringológica, de Pedro Regules (Fig. 42), que ya prestaba asistencia externa desde una semana después de la inauguración del Hospital. La Clínica disponía inicialmente de 6 camas, pasó en 1955 a 12 y en 1962 a 18. Regules fue profesor hasta abril de 1961. Le sucedieron en el cargo Héctor Rebagliatti (Fig. 43), desde el 4 de setiembre de 1962 hasta el 10 de junio de 1968 y Luis A. Castillo (Fig. 44 y 45) desde el 11 de junio de 1968 en adelante, hasta el final del período.



Figura 42.- Pedro Regules. Profesor de Clínica Otorrinolaringológica al inaugurarse el Hospital. Cesó en su cargo en 1961. (AFEW).



Figura 43.- Héctor Rebagliatti. Sucesor de Regules, dirigió la Cátedra de 1962 a 1968. (Gentileza Sra. Beatriz Rebagliatti).

El ingreso de la Clínica Otorrinolaringológica al Hospital de Clínicas originó cambios sustanciales en la organización de la Cátedra, como lo ha señalado Milton Rizzi.[25] Hasta 1951 el escalafón estaba constituido por profesor titular (grado 5), jefe de sala (grado 4) y jefe de clínica titular (grado 2), que eran los cargos rentados, y jefe de clínica adjunto y asistentes, que eran cargos honorarios. Las nuevas necesidades docentes y asistenciales motivaron que se crearan tres cargos de asistentes (grado 3) rentados, uno de ellos destinado permanentemente a la endoscopía, y nuevos cargos de jefes de clínica, de manera que se concursara un cargo por año.



Figura 44.- Luis A. Castillo. Profesor de Clínica Otorrinolaringológica a partir de 1968. En momento de la Intervención era, además, Presidente de la Comisión Directiva del Hospital de Clínicas, que debió cesar en sus funciones.



Figura 45.- Castillo con colaboradores en la Policlínica de Otorrinolaringología. (AFHC).

Clínica Quirúrgica A

Al Piso 9 ingresó el 8 de marzo de 1954 la primera de las clínicas quirúrgicas, que fue la Quirúrgica A, de Carlos V. Stajano (Fig. 46), disponiendo de tres salas y 51 camas. Esta clínica inauguró el 11 del mismo mes el Centro Quirúrgico y el Centro de Recuperación Postanestésica, entonces en el Piso 16, que tenía 12 camas para todos los servicios quirúrgicos. Al año siguiente la Clínica llegó a 72 camas en 4 salas, (Salas 1, 2, 4 y 6). Luego de cesar Stajano en octubre de 1956, fue ocupada por Abel Chifflet (Fig. 47), proveniente del Hospital Pasteur, en marzo de 1957 hasta su fallecimiento en 1969, pocos meses antes de cumplir los 65 años (Fig. 48). El 29 de mayo de 1969 ocupó la dirección de la Clínica Quirúrgica A Héctor Ardao, que estaba en el Piso 7 a cargo de la Clínica Quirúrgica F y se trasladó al Piso 9 con el personal docente de su Clínica (Figs. 49 y 50). Su retiro por edad ocurrió el 9 de agosto de 1972. Posteriormente, el 1º de marzo de 1973, fue nombrado Director de la Clínica Quirúrgica A Roberto Rubio (Fig. 51) quien hasta ese momento ejercía la Dirección de la Clínica Quirúrgica F en el Piso 7.



Figura 46.- Carlos V. Stajano, Profesor de la Clínica Quirúrgica A, la primera de las clínicas quirúrgicas que ingresó al Hospital, el 8 de marzo de 1954. Su clínica inauguró la cirugía de coordinación en el Centro Quirúrgico, el 11 de marzo, actuando él como cirujano en una colecistectomía. (AFEW).



Figura 47.- Abel Chifflet. Desde 1957 hasta su fallecimiento en 1969 dirigió la Clínica Quirúrgica A, a continuación de Stajano. (AFEG).



Figura 48.- Clínica del Profesor Chifflet en 1957 en el piso 9 del Hospital de Clínicas. De izquierda a derecha, sentados: Carlos Ormaechea, Mario Bossano, Abel Chifflet, Ruben Varela Soto, Luis Praderi; de pie: Wolfgang Goller, María I. Junien, Víctor R. Zerbino, Luis Bonavita Páez, Bolívar Delgado, Luis Felipe Díaz, Willy Patocchi, Manlio Chizzola, Alberto Aguiar, Gonzalo Cáceres, Marina Baptista, Raúl Praderi (Gentileza de Dr. Raúl Praderi).



Figura 49.- Clínica del Profesor Ardao en el Piso 9. Primera fila: Roberto Puig, Manuel Albo, Javier Mendívil, G. Carusso, Héctor Ardao, Roberto Rubio, Ruben Gary, R. Berhouet. Segunda fila: Oscar Balboa, Humberto Viola, Washington Liard, Pablo Matteucci, José Trostchansky, Juan M. Pravia, Boris Asiner, Guillermo Cola, Moisés Bolkier. (De Matteucci P.: Héctor Ardao [1907-1979]. En Gutiérrez Blanco H: Médicos uruguayos ejemplares, Tomo 1, Buenos Aires, 1988, Prensa Médica Argentina: pp. 198-200).



Figura 50.- Héctor Ardao. Desde 1969 hasta su retiro en 1972 ocupó el Piso 9 como Profesor de la Clínica Quirúrgica A, luego de trasladarse con su clínica desde el Piso 7, donde había dirigido la Clínica Quirúrgica F.



Figura 51.- Roberto Rubio. Profesor y Director de la Clínica Quirúrgica A desde marzo de 1973. Hasta ese momento ejercía la dirección de la Clínica Quirúrgica F en el Piso 7. (AFSMU).



Figura 52.- Juan Carlos del Campo. Ingresó al Hospital a la Clínica Quirúrgica B en el Piso 10, proveniente del Hospital Maciel, una semana después de Stajano. Si bien cesó como Profesor en 1961, continuó al frente del Servicio hasta 1963. (AFEG).

Clínica Quirúrgica B

Una semana después del ingreso de Stajano y su clínica al Piso 9 ingresó al Piso 10 la Clínica Quirúrgica B de Juan Carlos del Campo (Fig. 52), con igual número de camas: 51 al principio y 72 al cabo de un año. Provenía esta clínica del Hospital Maciel, y era dirigida por del Campo desde su nombramiento como profesor en 1944. Si bien del Campo cesó por edad en 1961, prosiguió dirigiendo la Clínica, en forma excepcional, por dos años más hasta la definición de quién se haría cargo del Servicio (Figs. 53 y 54). En 1963 se decidió que José A. Piquinela, Profesor de Clínica Quirúrgica en el Hospital Pasteur desde 1957, pasaría al Piso 10 del Hospital de Clínicas, asumiendo



Figura 53.- Clínica Quirúrgica B. De izq. a der.: 1º Fila Máximo Karlen, Oscar Bermúdez, José A. Piquinela, Dinorah Castiglioni, Juan C. del Campo, Domingo Prat, Juan Cendán Alfonzo, Muzio Marella, Mary Varalla. 2º Fila: Boris Asiner, Manuel Albo, Efraim Zamonsky, José Trostchansky, Rafael Hill, Alba Osores de Lanza, María A. dell'Oca, Javier Mendívil, Omar Barreneche, Pierre Gibert, Alberto Valls. 3º Fila: Leo Rieppi, Julio Severi, Aquiles Lanza, Alberto del Campo, Juan Hornblas, Federico Latourrette, Leandro Zubiaurre, Enrique Alba, Guillermo Fosatti, Oscar Inzaurralde.(De Castiglioni Tula D.: Juan Carlos del Campo [1896-1978]. En Gutiérrez Blanco H.: *Médicos uruguayos ejemplares*, Tomo 1, Buenos Aires, Premsa Médica Argentina, 1988).



Figura 54.- Otro momento de la Clínica Quirúrgica B de J. C. del Campo. (Gentileza Dra. Dinorah Castiglioni).



Figura 55.- Agustín D'Auria, José A. Piquinela, Julio C. Priario, junto a John Stehlin, visitante de la Clínica. (AFHC).



Figura 56.- José A. Piquinela. Sucedió a del Campo como Director de la Clínica Quirúrgica B hasta 1971. (AFEG).



Figura 57.- Jorge Pradines. Profesor Director de la Clínica Quirúrgica B a parir de mayo de 1971. (AFSMU).

la dirección de la Clínica Quirúrgica B (Figs. 55 y 56), al no aceptar Pedro Larghero ser trasladado del Hospital Pasteur. Al cese de Piquinela el 2 de mayo de 1971, fue sustituido por Jorge Pradines (Fig. 57), el 1º de junio de ese año, como Profesor Director de Clínica Quirúrgica B.

Clínica Quirúrgica F

En el Piso 7 comenzó a funcionar con internación en marzo de 1955 la Clínica Quirúrgica F con Eduardo C. Palma (Fig. 58), designado Profesor de Clínica Quirúrgica en 1953 pero sin que se le asignara un servicio de internacion a su cargo. Esta clínica quirúrgica tenía al principio 36 camas, o sea menos que las instaladas en los pisos 9 y 10, lo que fue subsanado parcialmente en el correr del año, llegando a 52 camas en diciembre (Salas 2, 4 y 6). Luego de 6 años en el hospital universitario, durante los cuales desarrolló sus aportes en técnica quirúrgica de repercusión mundial, particularmente en cirugía vascular, Palma decidió volver con su clínica al Hospital Maciel, donde organizó su Servicio de Cirugía Vascular y Neurocirugía. En su lugar ingresó, el 20 de marzo de 1962, desde el Hospital Maciel al Piso 7, Juan Soto Blanco (Fig. 59), Profesor de Clínica Quirúrgica desde 1953. Soto Blanco estuvo poco tiempo al frente de la Clínica Quirúrgica F, ya que falleció antes de llegar a los 65 años. En marzo de 1963 pasó a ocupar la Clínica Quirúrgica F Héctor Ardao (Fig. 60), al ser nombrado Profesor de Clínica Quirúrgica en febrero de ese año. Permaneció hasta mayo de 1969, cuando se trasladó al Piso 9, como Profesor de Clínica Quirúrgica A. Ese mismo día pasó a ocupar el Piso 7, proveniente del Hospital Pasteur, Oscar Bermúdez (Fig. 61) con su clínica. Bermúdez, al cabo de dos años cesó por edad el 31 de julio de 1971. Roberto Rubio, flamante Profesor de



Figura 58.- Eduardo C. Palma. Primer Profesor de Clínica Quirúrgica F en el Piso 7, al que se incorporó en 1955. (AFEW).



Figura 59.- Juan Soto Blanco. Tras el traslado voluntario de Palma al Hospital Maciel, ingresó en 1962 a la Clínica Quirúrgica F del Hospital de Clínicas. (AFEG).

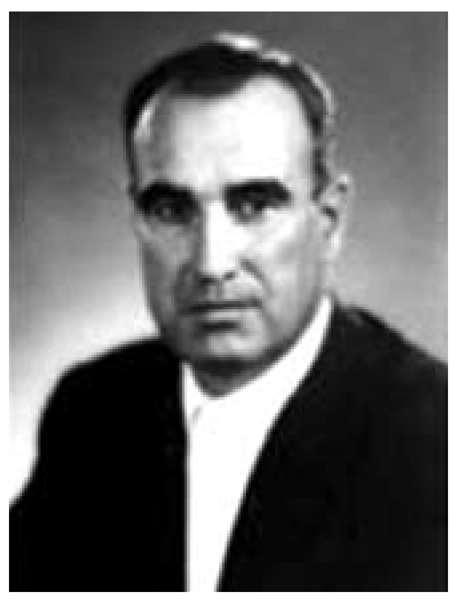


Figura 60.- Héctor Ardao. Tras la muerte de Soto Blanco en 1963 fue designado Profesor de Clínica Quirúrgica y pasó a dirigir la Clínica Quirúrgica F en el Piso 7.



Figura 61.- Oscar Bermúdez. Luego del traslado de Ardao al piso 9 en 1969, ingresó a la Clínica Quirúrgica F el Servicio del Prof. Bermúdez desde el Hospital Pasteur. Bermúdez permaneció hasta 1971. (Biblioteca SCU)



Figura 62.- Luis A. Praderi. Sucesor de Bermúdez en la Clínica Quirúrgica F. Rotó a la Quirúrgica A en el piso 9 en 1973. (Biblioteca SCU)

Clínica Quirúrgica, ocupó el lugar de Bermúdez al día siguiente, 1º de agosto de 1971, pero en marzo de 1973 rotó a la Quirúrgica A, en el Piso 9, dejando vacante la jefatura del Piso 7, que pasó a ser llenada en noviembre de ese año por Luis A. Praderi (Fig. 62).

Clínica de Nutrición y Digestivo

En setiembre de 1956 ingresó al Piso 7, para ocupar 34 camas en las Salas 1 y 3, la Clínica de Nutrición y Digestivo, de Benigno Varela Fuentes. Desde 1944 desempeñaba la cátedra, y continuó hasta 1959 (Figs. 63 y 64), en que se retiró por límite de edad. Lo sucedió Cándido Muñoz Monteavaro (Fig. 65 y 66), quien se hizo cargo de la Clínica, luego de un prolongado



Figura 63.- Una clase de Gastroenterología. Expone Alberto Munilla. (AFEW).



Figura 64.- Benigno Varela Fuentes. Profesor de la Clínica de Nutrición y Digestivo, ingresó al Hospital en 1956, hasta su retiro en 1959. (AFEG).



Figura 65.- Cándido Muñoz Monteavaro. (FDAN).

interinato, en diciembre de 1963. Esta Clínica también dispuso de una pequeña área destinada al sector docente en el Piso 6.



Figura 66.- Cándido Muñoz Monteavaro. Designado Profesor de Gastroenterología en 1963, luego de varios interinatos. Esta excelente caricatura es obra de Elbio Zeballos, futuro brillante y malogrado Profesor de la especialidad. (Gentileza del Prof. Henry Cohen).

Clínica Urológica

También se instaló en el Piso 9, con 35 camas en dos salas (Salas 3 y 5), la Clínica de Urología, con su Profesor Director Jorge A. Pereyra Semenza (Fig. 67), en octubre de 1956. En mayo de 1960 fue sucedido por Frank A. Hughes (Fig. 68) hasta octubre de 1968 y desde setiembre de 1969 por Jorge Lockhart (Fig. 70). La clínica gozó siempre de gran prestigio y tuvo en Hughes, aun luego de retirado, al referente obligado (Fig. 69). Participó en la ejecución del programa de trasplante renal iniciado en 1969 y continuado en forma exitosa desde entonces, con la participación de Jorge Pereyra Bonasso y Luis Bonavita Páez.



Figura 67.- Jorge Pereyra Semenza. Profesor de la Clínica Urológica que se instaló en el Hospital de Clínicas en 1956 en dos salas del piso 9.



Figura 68.- Frank A. Hughes. Profesor de Urología desde 1960 hasta 1968. (AFEG).



Figura 69.- Cena de camaradería de la Clínica de Urología. De izquierda a derecha, sentados: Héctor Schenone, Jorge Pereyra, Frank Hughes, Jorge Lockhart; de pie: Julio C. Viola, Luis Bonavita, Hugo Delgado, Juan Carlos Lorenzo y Fabián Mendy. (De Bonavita Páez, L.: Frank A. Hughes [1905-1977]. En Mañé Garzón F, Turnes A. L: *Médicos uruguayos ejemplares*. Montevideo, Tradinco, 2006).



Figura 70.- Jorge Lockhart. Desde su designación en 1969 fue el sucesor de Hughes. (ANM).

Instituto de Neurología "Prof. Dr. Américo Ricaldoni"

El Piso 2 quedó habilitado en mayo de 1958 con la incorporación del Instituto de Neurología proveniente del Hospital Maciel, con pacientes neurológicos y neuroquirúrgicos, adultos y niños. Previamente a esta fecha su anfiteatro había sido utilizado como salón de clases o para reuniones de ateneos, cursos y conferencias. De las 6 salas del piso, una se destinó a alojar la biblioteca del Instituto de Neurología, otra a la internación pediátrica (Fig. 71) y las otras cuatro a internación de adultos. Una de estas salas, provista de aspiración y oxígeno centralizados, recibiría a los pacientes graves, casi todos ellos traqueostomizados. Esta sala tenía menos camas que las



Figura 71.- Sala 6 del piso 2, destinada a Neuropediatría. (AFHC).



Figura 72.- Román Arana Iñíguez. Al frente del Instituto de Neurología, se instaló en 1958 en el piso 2 del Hospital. Además fue designado primer Presidente del Comité Ejecutivo del Cuerpo Médico. (AFEW)

otras y una dotación mayor de enfermeras por cama, siendo precursora del futuro Centro de Tratamiento Intensivo. Algunos años después, una de las salas de internación pasó a ser ocupada por el Servicio de Neurofisiología Clínica y Neurología Experimental, quedando con tres salas para pacientes, una de niños, otra de mujeres y otra de hombres. Los distintos laboratorios del Instituto: Anatomía Patológica, Investigaciones Histológicas, Electroencefalografía y Análisis Biológicos, así como las distintas seccionales de trabajo, fueron ocupando los espacios no utilizados por pacientes. Todo el piso fue apropiadamente alhajado para comodidad de los usuarios



Figura 73.- Instituto de Neurología en 1961. (AFEW)

con fondos de la Fundación Neurológica Nacional. El Profesor de Neurología y Director del Instituto, y a la vez Presidente de la Fundación, Román Arana Iñíguez, estuvo al frente de este Servicio durante todo el período analizado. Había sido designado en 1957 y cesó en su cargo en setiembre de 1974.

El traslado del Instituto de Neurología del Hospital Maciel al Hospital de Clínicas en mayo de 1958 fue un enorme incentivo para que su director, Román Arana Iñíguez (Fig.72), y sus integrantes todos (Fig. 73 y 74), desplegaran una creciente actividad de superación.[26]

Las distintas seccionales y grupos de trabajo del Instituto se fueron desarrollando al punto que varios de ellos fueron adquiriendo autonomía como especialidades o subespecialidades.[27]

Se creó el Laboratorio de Neurofisiología con la dirección de Elio García Austt (h) en 1962 (Fig. 75).

La Neurología clínica, de la mano de excelentes neurólogos, multiplicó su producción científica.

La Neurocirugía, con una sala de operaciones especialmente adaptada y con instrumental quirúrgico renovado y de primera calidad, creció y se consolidó como especialidad neurológica y quirúrgica. El Hospital de Clínicas fue la primera institución de asistencia médica en contar con neurocirujanos de guardia en forma permanente, de carácter honorario, transformándose en la referencia obligada de afecciones agudas o urgentes de posible sanción neuroquirúrgica. El aumento de la población asistida determinó que se hicieran rutina operaciones



Figura 74.- Instituto de Neurología en 1966. (AFEW)

antes poco frecuentes como malformaciones vasculares intracraneanas, tumores de fosa posterior o cirugía anterior de columna cervical.

A fines del período, en 1972, la incorporación de un microscopio neuroquirúrgico permitió el comienzo de una nueva era en la cirugía neurológica. Inicialmente fue utilizado por Pedro Benedek, que había adquirido entrenamiento especial con Gazi Yasargil en Suiza, en cirugía de aneurismas. Más adelante se generalizó su uso en todo tipo de cirugía neurológica. En estos años también se incorporó el abordaje transesfenoidal de hipófisis, aprendido por Ernesto Bastarrica en Canadá y por Jorge Pol Deus en Francia.



Figura 75.- Integrantes del Laboratorio de Neurofisiología del Instituto de Neurología, año 1962. (AFEW)

La presencia de figuras de primera magnitud en la neurología y la neurocirugía como invitados especiales para cursos, conferencias u operaciones, se hizo asidua. La consecuencia de este salto en los niveles de calidad de la asistencia del Instituto fue la presencia de decenas de becarios extranjeros, que buscaban y encontraban en

el Instituto de Neurología de Montevideo la mejor formación de postgrado en ciencias neurológicas de América del Sur.

A mediados de los años 1960, la Dirección del Instituto de Neurología, presentó en sociedad su proyecto para la construcción de un edificio separado, dentro del predio del Centro Médico, en la esquina de las Avenidas Italia y Dr. Américo Ricaldoni. Se trataba de un edificio independiente, con instalaciones apropiadas para la atención hospitalaria y de consulta externa de los pacientes de esa disciplina, desarrollado en varias plantas. Este proyecto no prosperó.

Las especialidades neurológicas.

Fue la mudanza del Instituto de Neurología desde su antiguo local en el Hospital Maciel al Piso 2 del Hospital de Clínicas, durante la dirección del profesor Román Arana Iñíguez, la oportunidad para la concreción de nuevas disciplinas ya esbozadas y funcionando en los últimos años (Fig. 76) La Neurocirugía, nacida con Alejandro H. Schroeder, catapultó su crecimiento en el hospital universitario, que le brindó los locales, el instrumental y el equipamiento que necesitaba para desarrollarse, alcanzando una individualidad propia dentro de las ciencias neurológicas. De la misma manera, en ese ámbito creció la neurología pediátrica, hasta ahora parte de la pediatría, a partir de la Policlínica Infantil dirigida por María Antonieta Rebollo. A expensas del progreso en distintas áreas de la neurología, psicología y rehabilitación aplicadas al niño, surgió el

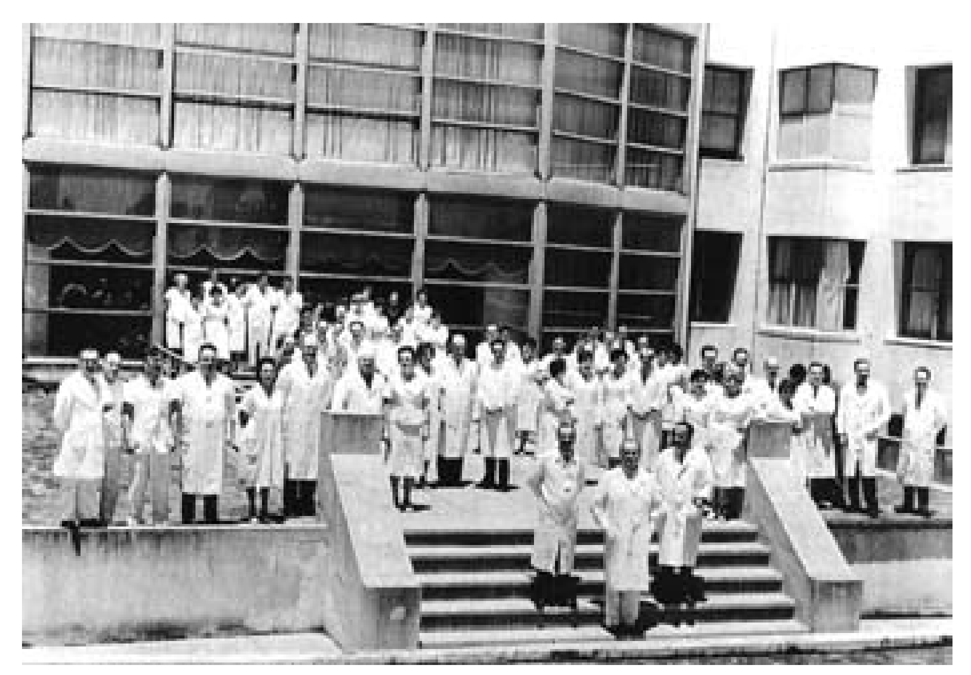


Figura 76.- Personal del Instituto de Neurología en la azotea del Piso 1. (AFEW)

Servicio de Neuropediatría y posteriormente la Cátedra de Neuropediatrría. La Electroencefalografía, conducida por Bartolomé Fuster, dejó de ser una técnica más aplicada al sistema nervioso para convertirse, con la incorporación de otros procedimientos diagnósticos electrofisiológicos, en Neurofisiología Clínica. La radiología del sistema nervioso alcanzó, bajo la orientación de Néstor Azambuja, un crecimiento tal que se transformó en nueva disciplina, la Neurorradiología. El estudio de las funciones simbólicas del sistema nervioso y sus alteraciones, que se había agrupado en agosto de 1958 en el llamado "Laboratorio de Lenguaje", dirigido por Carlos Mendilaharsu y Sélika Acevedo de Mendilaharsu y ubicado en un local especialmente adaptado del Piso 1, fue ampliando en profundidad y extensión su área de acción transformándose en Laboratorio de Afecciones Corticales primero y luego en el Departamento de Neuropsicología. Todas estas disciplinas especializadas nacieron y crecieron en el Hospital de Clínicas y desde allí se expandieron al resto del sistema sanitario del país.

Clínica Endocrinológica

El 26 de marzo de 1968 se incorporó la Clínica Endocrinológica, que dirigía el Profesor Alfredo Navarro Lussich (Fig. 77), al Hospital de Clínicas. Se le adjudicaron consultorios externos que funcionaron en el primer piso y camas para hospitalización ubicadas en el piso 11. Dispuso además de anfiteatro y oficinas para el profesor y archivera clínica, en el piso 12.

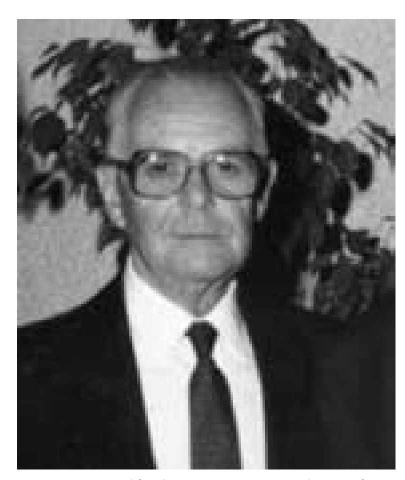


Figura 77.- Alfredo Navarro Lussich, Profesor de Endocrinología. Esta Cátedra se ubicó en el Hospital de Clínicas en 1968. (ANM).

En julio de 1971 se habilitó, en el ámbito de la clínica Urológica, un consultorio externo de estudios de la esterilidad masculina. Colaboraron las clínicas de Endocrinología y Ginecología.

Clínica Ginecotocológica

La Clínica Ginecotocológica del Profesor Juan J. Crottogini (Fig. 78) ocupó el ala Este del Piso 16, apropiadamente adaptada a la nueva función, a partir del 5 de febrero de 1962, con 18 camas para ginecología, 30 para obstetricia, tres salas para trabajo de parto y dos salas para partos.

Junto con esta Clínica se instaló un Servicio para Recién Nacidos, con 20 cunas para recién nacidos normales, ambientes especiales para prematuros y para infectados, a cargo de la Dra. María Elena Outeda, que con el tiempo


Figura 78.- Juan José Crottogini.- Su Clínica Ginecotocológica ocupó el piso 16 del Hospital en 1962, en el ala Este. Ocupó la Cátedra hasta mayo de 1973. (AFEG).


Figura 79.- Serafín V. Pose. Sucesor de Crottogini en la Clínica Ginecotocológica.

sería incluido en el Centro Latinoamericano de Perinatología. Luego de la Dra. Outeda actuaron como jefes médicos del Servicio Fernando Mañé Garzón en 1970, Manuel Birenbaum en 1972, Daniel Fonseca y José Luis Peña.

Es necesario destacar que por primera vez en un hospital público donde se impartía docencia, el servicio no tuvo Parteras, sino solo Médicos y Practicantes de Medicina. En los consultorios externos de la Clínica, que funcionaron en el extremo Este del Basamento, dispusieron de facilidades físicas para consultorios, salas de clase para estudiantes y para embarazadas, y laboratorio de colpocitología y colposcopía. Luego del cese de Crottogini en mayo de 1973 pasó a ser dirigida por Serafín V. Pose (Fig. 79) a partir de junio de ese año.

Centro Quirúrgico

El Centro Quirúrgico ocupaba el Piso 17. Se habían diseñado 15 salas de operaciones, para todos los tipos de cirugías que se llevaban a cabo en el Hospital (Fig. 80). Los tres quirófanos no ubicados en las alas Este y Oeste nunca fueron habilitados y se destinaron a otros fines. Las 12 salas operatorias restantes nunca fueron habilitadas en su totalidad, y las que sí lo fueron debían cubrir las necesidades de las clínicas quirúrgicas, las especialidades quirúrgicas y del Servicio de Emergencia, ya que las salas de operaciones prevista para este Departamento en el Basamento nunca funcionaron. Esto llevó a un uso

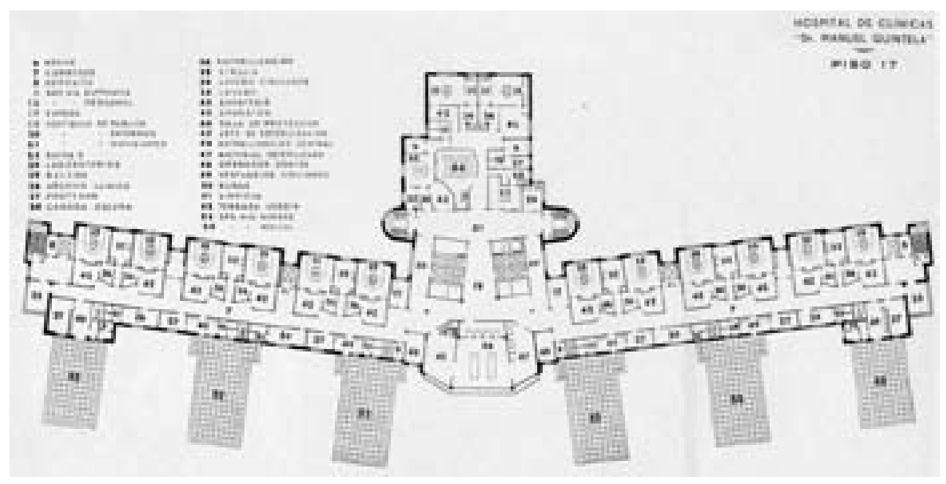


Figura 80.- Diseño original del piso 17 con sus 15 salas de operaciones. Varias de ellas fueron destinadas a otras funciones, y las restantes nunca fueron habilitadas en su totalidad. (FDAN).

excesivo de las salas del Centro Quirúrgico. En el piso 18 existían observatorios quirúrgicos sin comunicación directa con las salas pero con excelente visibilidad de las mismas. El sector central de la planta del piso 18 estaba ocupado por el Centro de Materiales y Esterilización, y tenía una comunicación directa con el Centro Quirúrgico.

El Centro de Recuperación Postanestésica estuvo inicialmente en el piso 16 y luego fue trasladada al piso 17, ubicación más adecuada puesto que en ese piso se operaba y allí estaba el Departamento de Anestesia y Gasoterapia. Disponía en su nuevo local de una sala para 12 pacientes, un aislamiento, locales para depósito de sangre y plasma, procesado de placas radiográficas y biopsias extemporáneas. Adjunto a ella se habilitaron vestuarios y una sala de estar.

El 11 de marzo de 1954 comenzó a funcionar el Centro Quirúrgico para pacientes de “coordinación” o cirugía electiva con dos salas de operaciones. Los pacientes provenían de la Clínica Quirúrgica A, del Prof. Carlos Stajano, recientemente habilitada y ubicada en el piso 9. Ese día se hicieron tres operaciones. La primera fue practicada por el Prof. Stajano (colecistectomía), la segunda por el Prof. Adj. Walter Suiffet (hernia inguinal) y la tercera por el Dr. Julio Priario (várices).

El uso intensivo de las salas de operaciones sin el adecuado mantenimiento físico hizo que este importante sector padeciera, en poco tiempo, desgaste de pisos y paredes, desperfectos de las mesas de operaciones, escasez de indumentaria quirúrgica, e insuficiencias de todo tipo de insumos.

Se inició un programa de trabajo que comenzó en 1961 y que se cumplió en diversas etapas. Incluyó normalización de los suministros y la confección de nuevos modelos de ropa para cirujanos e instrumentistas. Fue habilitada el Ala Este del piso 17, para lo cual fue necesario realizar: reparación general de

albañilería y de las instalaciones de agua, electricidad, calefacción y sanitarias; reposición casi total de azulejos desprendidos de algunas salas; cambio total del pavimento monolítico de sala 6; terminación de los tres ambientes para recepción y entrega de materiales; clausura de las comunicaciones de las salas de operaciones con el ducto de ventilación; pintura al aceite de los techos de todas las salas; colocación de cañerías para la futura instalación de oxígeno centralizado; instalación de un nuevo lavador-esterilizador rápido. Habilitación en esa misma ala, de un sector para limpieza, preparación y esterilización mediante mezcla de óxido de etileno y anhídrido carbónico, de los materiales y equipos para cirugía cardíaca.

Una vez habilitada el Ala Este, se realizaron trabajos similares en el Ala Oeste. Se trasladó el taller de reparaciones del Centro Quirúrgico a un nuevo local en el piso 18. Se instaló una Central de Intercomunicadores en el hall del piso 17, conectada a todas las salas de operaciones. Se instalaron 2 mamparas de puertas de vaivén, a ambos lados del hall central, con el propósito de orientar mejor la circulación dentro del piso.

Fue necesario reequipar el Centro Quirúrgico, realizándose una serie de adquisiciones para las salas de operaciones, el Centro de Recuperación Postanestésica y el Servicio de Anestesia y Gasoterapia.*

A pesar de todo ello, de las reformas y de las adquisiciones, el Centro Quirúrgico nunca llegó a funcionar a pleno. Se fueron sucediendo inconvenientes como la falta de personal, material quirúrgico insuficiente o inapropiado, o desperfectos en los equipos. La mayor cantidad de salas funcionantes en forma simultánea fueron ocho, en horas de la mañana.

Los problemas de funcionamiento del Centro Quirúrgico fueron analizados a través de reuniones semanales realizadas con el Comité de Centro Quirúrgico. Durante varios años actuó como Coordinador del mismo el Prof. Dr. Frank Hughes, cumpliendo una labor excepcionalmente útil para el Hospital. Participaron de las reuniones representantes de las Clínicas que hacían uso del Centro Quirúrgico, el Jefe de Anestesiología, la Jefa del Departamento de Enfermería y la Enfermera Jefa del Centro Quirúrgico. Este Comité revisó y ajustó diversos aspectos del trabajo quirúrgico. Y desde luego, fueron realizados Cursos

---

* Para las salas de operaciones: 5 lámparas cialíticas de techo, 3 mesas de operaciones American Sterilizer, modelo 1080, incluyendo 3 túneles para chasis radiográficos y accesorios para neurocirugía, 2 mesas de operaciones American Sterilizer y accesorios, 1 Mesa de operaciones de control central tipo Korbeil, 2 Aspiradores, un Bisturí eléctrico Bovie con accesorios completos, mesas para instrumentos, para ropa y mesas de Mayo, y diversos accesorios como hampers, posabaldes con baldes de acero inoxidable, soportes para suero, focos portátiles, carritos para transporte de instrumental, bancos giratorios, escabeles y palangueros. Para el Centro de Recuperación postanestésica: una docena de camillas confeccionadas especialmente. Para el Servicio de Anestesia y Gasoterapia: un respirador Engström completo con todos los accesorios para anestesia, tres respiradores automáticos Takaoka, tres vaporizadores universales de Takaoka, laringoscopios, máscaras, espirómetros, cánulas, y artículos diversos.

de Capacitación y Adiestramiento por Enfermería para el personal afectado a dicho Centro.

En el Centro Quirúrgico del Hospital de Clínicas operaron prestigiosos cirujanos provenientes del exterior, quienes aportaron su experiencia en cursos, conferencias y actos quirúrgicos. Más adelante se habrá de mencionar al Profesor Clarence Crafoord, cardiocirujano de Estocolmo, que estuvo durante dos períodos en Montevideo. El neurocirujano Ralph Cloward, de Hawai, demostró quirúrgicamente el método por él ideado de cirugía de columna cervical por vía anterior en 1971. En noviembre de 1971 el Prof. Hans W. Buchholz (Hospital Saint Georg de Hamburgo) realizó dos prótesis de cadera en un mismo paciente en el Hospital de Clínicas. Las prótesis de cadera se habían iniciado en Uruguay en 1970 con 8 casos operados en el Sanatorio IMPASA por el Prof. Oscar Guglielmone. Al año siguiente se hicieron 3 más con la prótesis de McKee (igual a las del 1970) y 25 con las prótesis de Charnley. En noviembre la Sociedad de Ortopedia y Traumatología del Uruguay invitó a Buchholz a Montevideo. Realizó cuatro operaciones en tres pacientes, uno del Instituto de Traumatología en el Hospital de Clínicas (prótesis bilateral en un mismo acto), otro en el Sanatorio de España Mutualista y el último en el Sanatorio Constancio Castells (Nº 2) del CASMU. Luego Buchholz donó instrumental para poder operar en el Instituto de Traumatología, donde se empezó a operar en setiembre de 1972.[28]

Clasificación de las intervenciones quirúrgicas

En junio de 1963 la Dirección publicó una *Clasificación de las intervenciones quirúrgicas en mayores, intermedias y menores*,[29] siendo la primera vez que se realizaba un trabajo de esa naturaleza en el país. Fue elaborado con participación de especialistas en los diversos campos de la Cirugía. En dicha publicación se explica el interés del trabajo y el procedimiento seguido en su elaboración. A efectos de poder establecer los valores para el cobro de las intervenciones quirúrgicas en los enfermos pagantes, la Dirección del Hospital consideró necesario establecer un criterio racional, con el debido respaldo técnico. Se procedió en primer lugar, a la traducción del capítulo sobre nomenclatura de operaciones, del *Standard Nomenclature of Diseases and Operations*, publicado por la American Medical Association. Sobre la base de la lista de operaciones de esta asociación, se solicitó al Comité de Centro Quirúrgico realizara una clasificación de operaciones, de acuerdo al siguiente criterio: Operaciones Mayores: se entiende por cirugía mayor, aquella en la que por cualquier razón hay un serio peligro en la vida del paciente**.** Operaciones Intermedias: cuando por cualquier razón, no hay un serio peligro de vida del paciente, pero hay peligro de incapacidad**.** Operaciones menores: cuando por cualquier razón no hay peligro de vida ni de incapacidad. Colaboraron en la realización de dicho trabajo, los integrantes del

Comité de Centro Quirúrgico Prof. Dr. Frank Hughes, Prof. Adj. Dr. Eduardo Anavitarte, Prof. Adj. Dr. Alfonso Giampietro, Prof. Adj. Dr. Luis Alberto Castillo, Prof. Adj. Dr. Roberto Rubio, Prof. Adj. Juan Folle, Dr. Jorge Ferrer y Dr. Guillermo Fossati, realizando cada uno la clasificación de operaciones de sus respectivas especialidades; la Sra. Bibliotecaria Ana María Di Genio de Carlomagno en la traducción y la Dra. Renée Minatta en la revisión de la misma. Esta clasificación sirvió luego para la normatización y valoración de la actividad quirúrgica en la medicina colectivizada privada, incorporándose al Laudo del Grupo 50 en marzo de 1966.

Disponibilidad de camas en el período

Durante los largos períodos de planificación y de construcción muchas veces se habló de la cantidad de camas que habría de tener el Hospital de Clínicas. En la discusión parlamenaria de la Ley de Creación de 1926, en las sucesivas administraciones, en la prensa y en los folletos que se imprimieron en apoyo del Dr. Eduardo Blanco Acevedo, se manejaron cifras muy dispares. La cifra varió entre 500 y 1.500 camas y estuvo relacionada, más que con un estudio serio de la capacidad del hospital, con los intereses de muy diversa naturaleza que guiaban a quien opinaba. Lo que sí se había precisado era la capacidad de camas que podía tener un piso de internación tipo, que tenía un ala docente hacia el Sur, con anfiteatro, vestuarios, baños, y despachos, y dos alas asistenciales, hacia el Este y el Oeste, cada una de ellas con tres salas. Las cuatro salas centrales, numeradas 2 y 4 hacia el Este y 1 y 3 hacia el Oeste, tenían una capacidad de 12 camas en el espacio mayor, que daba al solario, y 6 camas en las salitas individuales (conocidas como apartados). Las dos salas laterales, numeradas 5 y 6, se diferenciaban en tener un amplio espacio en el que cabían 3 camas en lugar de salitas individuales. Si en estos espacios no hubiera otra cosa que camas, cada piso podía dar cabida a cuatro salas de 18 camas y dos salas de 15, sumando 102 camas. Habiendo 15 pisos pasibles de ser utilizados para internación, se podría estimar en 1.530 camas como la máxima capacidad de internación. La realidad fue que no todos los pisos se destinaron a internación por varios motivos, el más importante que había necesidad de ubicar áreas para depósito, trabajos de mantenimiento, estudio, o actividades médicas no previstas en el proyecto inicial del hospital. Y dentro de los pisos que efectivamente fueron para hospitalización de pacientes, las necesidades propias de la asistencia, como procedimientos de diagnóstico no invasivos o poco invasivos, o procedimientos terapéuticos, o la necesidad de espacio para equipos imprescindibles, hicieron que lugares previstos para camas fueran destinados a otros fines. Todo el proceso de habilitación del Hospital fue, además, lento, progresivo y adaptado a las características propias del servicio clínico que se instalaba. Los pisos que en definitiva terminaron

alojando pacientes hospitalizados, hasta el año 1974, fueron los pisos 2, 7, 8, 9,10, 11, 14 y 16.

Las camas disponibles en los pisos de internación fueron aumentando año tras año hasta la década de los años sesenta. De 50 camas habilitadas en 1953 se pasó a 270 a fin de 1954, a más de 400 en 1955, se superaron las 500 en 1956, y eran más de 600 en 1962. La distribución de las 607 camas habilitadas en 1963 fue la que se muestra en el Cuadro 3.[30]

CANTIDAD DE CAMAS POR SERVICIO	
CLÍNICA	CAMAS
Clínica Semiológica (Prof. Purriel)	102
Clínica Médica A (Prof. Herrera Ramos)	72
Total camas médicas	**174**
Clínica Quirúrgica A (Prof. Chifflet)	70
Clínica Quirúrgica B (Prof. Piquinela)	72
Clínica Quirúrgica F (Prof. Ardao)	52
Total camas quirúrgicas	**194**
Clínica Ginecotocológica (Prof. Crottogini)	48
Clínica Urológica (Prof. Hughes)	35
Instituto de Neurología (Prof. Arana)	60
Clínica Dermatológica (Prof. Amoretti)	16
Clínica Oftalmológica (Prof. Ísola)	24
Clínica Otorrinolaringológica (Prof. Rebagliatti)	18
Clínica Nutrición y Gastroenterología (Prof. Muñoz)	34
Niños (ORL y Oftalmología)	4
Total camas especialidades	**239**
TOTAL DE CAMAS	**607**

Cuadro 3.- Distribución de camas por Servicio en 1963.

Desde 1964 hasta 1974 las camas se mantuvieron en el mismo número: 607, aumentando a 621 en los últimos tres años por el agregado de las camas de CTI. A ello hay que sumar las cunas.

Ocupación de los pisos

Los pisos del Hospital estaban ocupados en 1973 de la siguiente manera: Basamento: Departamentos de Emergencia, Admisión y Física Médica y los Consultorios Externos de Clínica Genecotocológica. Planta Baja: En el ala Este las consultas externas de las Clínicas de Otorrinolaringología y Oftalmología, con salas de operaciones para cirugía menor que no requería internación, en el ala Oeste el Departamento de Radiología y el Servicio de Radioterapia. Primer Piso: Consultorios Externos del Instituto de Neurología y sus dependencias, de la Clínica Psiquiátrica, de las Clínicas Médicas A y D (Semiológica), de las Clínicas Quirúrgicas A, B y F, de las Clínicas de Dermatología, Nutrición y Digestivo, Endocrinología y el Departamento de Cardiología. Piso 2: Instituto de Neurología. Pisos 3 y 4: Escuela Universitaria de Enfermería con dormitorios para las alumnas internas. Pisos 5 y 6: Costurero y Depósito. Piso 7: Clínica Quirúrgica F, Clínica de Nutrición y Digestivo (Gastroenterología) y Clínica Otorrinolaringológica. Piso 8: Clínica Semiológica, posteriormente transformada en Clínica Médica D. Piso 9: Clínica Quirúrgica A y Clínica Urológica. Piso 10: Clínica Quirúrgica B y Clínica Dermatológica. Piso 11: Clínica Médica A y Clínica Oftalmológica. Piso 12: en los primeros tiempos alojó la Unidad de Riñón Artificial. Piso 13: Escuela de Auxiliares del Médico, luego denominada Escuela Universitaria de Tecnología Médica. Piso 14: Centro de Tratamiento Intensivo y Nefrología. Piso 15: Cátedra de Fisiopatología y posteriormente la Cátedra de Medicina. Piso 16: Clínica Ginecotocológica y Centro Latinoamericano de Perinatología. Piso 17: Centro Quirúrgico; Piso 18: Centro de Materiales y Esterilización y Observatorios quirúrgicos; el sector sur de la planta estaba ocupado por la residencia del Director del Hospital; Piso 19: Dormitorios de los becarios en las alas Este y Oeste, Salón de Conferencias en el sector central, y dormitorios del personal médico de guardia en el Departamento de Emergencia en el ala Docente; Piso 20: Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina.

Consultorios Externos

La asistencia externa en el Hospital constituyó desde el primer momento un aspecto principalísimo de su funcionamiento. Los primeros años funcionaron en dos turnos, matutino y vespertino, en forma diaria, o dos o tres veces por semana. La actividad cada vez más predominante del Hospital durante las mañanas, entre otros motivos por la rutina tradicional de los médicos, hizo que fueran disminuyendo e incluso desapareciendo la mayoría de las policlínicas de la tarde.

Los Consultorios Externos, o Policlínicas, se hallaban ubicados en el basamento (Ginecotocología y Física Médica); planta baja (Otorrinolaringología, Oftalmología, Radiología, Radioterapia) y en el primer piso (Clínicas médicas,

quirúrgicas y demás especialidades). Por norma general comenzaron a recibir pacientes antes de la habilitación de la internación. Tenían el apoyo de los ya funcionantes departamentos de Sangre y Plasma, Radiodiagnóstico, Laboratorio Central, Anestesia y Gasoterapia, Anatomía Patológica y Emergencia. La excepción lo constituyó la consulta externa de la Clínica del Prof. Purriel, que empezó una semana después de la internación en el piso 8 con el turno vespertino y otra semana después con el turno matutino. Las primeras policlínicas en funcionar fueron las de Otorrinolaringología (Prof. Regules) y Medicina (Prof. Purriel, turno vespertino), el 28 de setiembre. En el curso de noviembre se iniciaron las consultas externas de Dermatología, y las consultas para internados de Física Médica y Oftalmología. En 1954 abrieron al público las policlínicas de Quirúrgica A, Quirúrgica B, Física Médica, Oftalmología y Médica A. Comenzaron a funcionar ese año los departamentos de Servicio Social y Odontología y el Laboratorio Cardiológico, que sería al poco tiempo el pujante Departamento de Cardiología, dirigido siempre por Jorge Dighiero.

En 1955 inició sus funciones la policlínica de Quirúrgica F, en 1956 las de Alimentación y Dietoterapia y de Gastroenterología, en 1957 la de Urología y la de Higiene Mental, en 1958 la de Neurología y Neurocirugía, en 1962 la de Ginecología y Obstetricia y el Servicio de Telecobaltoterapia, y en 1968 la de Endocrinología, con el Prof. Alfredo Navarro Lussich.* En estos años se instrumentó la realización de ciertos actos de cirugía menor en las policlínicas quirúrgicas, descongestionando así las salas de operaciones centralizadas.

Durante 1965 se instaló en nuevos locales, ubicados en el primer piso, un Consultorio Externo de Psiquiatría, adaptado especialmente para contemplar las necesidades expuestas por el Prof. Dr. Fortunato Ramírez. Fue un hecho verdaderamente importante, por ser esta la primera integración de la Clínica Psiquiátrica al Hospital Universitario, y a un Hospital General en Uruguay, si dejamos de lado los antecedentes de las primeras internaciones en los siglos XVIII y XIX en el Hospital de Caridad, de los enfermos mentales. La integración de la Psiquiatría con las demás actividades clínicas, que tardó muchas décadas en concretarse por vez primera,[31] no estuvo exenta de dificultades, institucionales y personales. Pero por sobre todo estuvo presidida por un cambio de actitud de la Medicina y Psiquiatría, que gracias a los avances de la psico-neuro-farmacología permitió tratamientos menos agresivos y más humanos hacia los pacientes con patología mental, y la desinstitucionalización progresiva manicomial, que había sido la dominante en todo el siglo XX. Ofrecía la oportunidad de contacto permanente y de estrecha colaboración entre el psiquiatra y los demás especialistas médicos del hospital, estimulando la integración de la Psiquiatría al resto de la

* Este lento crecimiento no satisfacía a los estudiantes que, ansiosos de tratar todo tipo de enfermos en el hospital universitario, reclamaban la rápida instalación de otros servicios clínicos como urología, ginecotocología, neuropsiquiatrìa, electroencefalografía, geriatría, de asistencia domiciliaria y de medicina preventiva, ya desde 1955. (*El Estudiante Libre*, 1955, Año 36, Nº 202).

Medicina e influyendo significativamente en la promoción de una medicina más psicológica en la práctica médica de toda la institución. Es interesante señalar que muchos años después el Plan Nacional de Salud Mental desarrolló las Unidades de Salud Mental en los hospitales generales y que incluso se llegó a organizar en el siglo XXI en el Hospital de Clínicas el Programa de Psicoterapia de la Clínica Psiquiátrica, que fue el primero en consolidarse en un servicio público de salud.[32]

En los últimos años se hicieron diversas obras de ampliación, remodelación y acondicionamiento para adaptar los espacios físicos a las dinámicas necesidades funcionales del Hospital. Fueron realizadas mejoras en el Dpto. de Emergencia y en diversos Consultorios Externos, entre los que se destacan los Servicios de Dermatología, Oftalmología y Otorrinolaringología, en los departamentos de Hemoterapia, de Anestesiología, del Salón Comedor y del Salón de Actos de Planta Baja. Se brindaron mayores facilidades físicas al Departamento de Cardiología para la atención médica ambulatoria y para el sector de Funcionalidad Respiratoria, que fue trasladado a nuevos locales junto al Laboratorio de Angiocardiografía.

La cantidad de consultas externas en los primeros 10 años, separadas las de medicina, cirugía y especialidades, se muestra en el Cuadro 4, donde se observa un predominio progresivo de las consultas a especialidades, que superan a las de medicina y cirugía sumadas. En los siguientes 10 años, las consultas totales aumentaron hasta un máximo en 1966, con 271.140 consultas, descendiendo luego con oscilaciones hasta alcanzar cifras entre 170.000 y 200.000 en los últimos tres años, de 1972 a 1974.

CONSULTAS EXTERNAS				
Año	Medicina	Cirugía	Especialidades	Total
1954	18.637	14.641	30.399	63.677
1955	26.320	27.028	58.414	111.762
1956	28.775	32.116	75.087	135.978
1957	28.034	32.724	91.080	151.838
1958	38.504	39.018	124.077	201.599
1959	38.344	37.481	123.308	199.133
1960	31.518	34.839	119.942	186.399
1961	30.471	31.918	113.404	175.793
1962	28.222	28.167	125.930	182.319
1963	29.579	30.795	144.636	205.010

Cuadro 4.- Consultas externas entre 1954 y 1963.

CAPÍTULO XIV

SERVICIOS ASISTENCIALES:
II) SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO Y DE TRATAMIENTOS ESPECIALES

Departamento de Laboratorio Clínico
Departamento de Anestesia y Gasoterapia
Del Laboratorio Cardio Respiratorio a la Cardiocirugía
De la Unidad de Riñón Artificial a la Nefrología
Departamento de Radiología
Telecobaltoterapia
Central de Sangre y Plasma
Departamento de Anatomía Patológica
Departamento de Física Médica y Rehabilitación
Del Servicio de Fisiología Obstétrica al Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP)
Centro de Tratamiento Intensivo
Departamento de Odontología
Los aportes innovadores

Departamento de Laboratorio Clínico

Un departamento hospitalario de análisis clínicos es necesariamente una unidad de complejidad creciente, habida cuenta de los continuos progresos de la Medicina, muchas veces asentados sobre el desarrollo de técnicas diversas de

laboratorio. En nuestro país el campo del análisis clínico en la práctica hospitalaria ha comprendido ciencias como la bioquímica, biofísica, hematología, citología y microbiología, y no ha incluido la anatomía patológica, que se organiza por separado.[33] Es el modelo que ha seguido el Laboratorio Clínico del Hospital de Clínicas.

Este Departamento fue la continuación en el tiempo del antiguo "Laboratorio Central de las Clínicas", pero su organización requirió una adecuación al nuevo hospital y a su filosofía centralizadora. Para ello se tomó en cuenta las necesidades de recursos humanos y materiales. Entre los primeros, se requerían médicos laboratoristas, tecnólogos, auxiliares de laboratorio, y otros profesionales universitarios como químicos y farmacéuticos. La formación del médico especialista, del tecnólogo y del auxiliar fue encarada por la Facultad de Medicina y aportada por el Hospital de Clínicas. Surgió la especialidad de Laboratorio Clínico en la Escuela de Graduados, el Practicante de Laboratorio, el único hospital que tuvo tales cargos, equivalentes al Practicante Interno de las clínicas, y la formación de técnicos y auxiliares de laboratorio en la entonces Escuela de Colaboradores del Médico. Entre los recursos materiales, se contaba con excelentes facilidades físicas en los pisos 1 y 2 en el Sector Sur, que con el tiempo se fueron haciendo insuficientes, y una importante inversión inicial en equipamiento, instrumental y productos químicos, pero cuya actualización sufrió progresivos inconvenientes debido a los recortes presupuestales a que obligaba la escasez de los recursos aportados por el gobierno central. No obstante, entre otros avances, en la década del sesenta, ya con el nombre de Laboratorio Clínico, habilitó la Sección de Hormonas y Vitaminas y se efectuaron adquisiciones de dos equipos de importancia: un fluorómetro y un microscopio para fluorescencia, que permitieron desarrollar técnicas de diagnóstico y abrieron nuevas perspectivas para la investigación.

Al principio tuvo que enfrentar la dura oposición de los profesores de clínica, acostumbrados a disponer de laboratorios propios, incluso manejados por técnicos con cargos docentes, que desconfiaban de la centralización. Fue constante la decidida convicción de los sucesivos directores interinos y de la delegación estudiantil tanto en el Consejo Directivo de la Facultad como en la Comisión del Hospital. En el correr de los primeros años de funcionamiento del Hospital se fue borrando la desconfianza de los clínicos ante la eficiencia y modernización del Laboratorio, que aumentó enormemente la oferta de estudios y la capacidad técnica de sus operadores y desarrolló nuevos métodos y técnicas diagnósticas.

El Laboratorio del Hospital de Clínicas fue dirigido inicialmente por Norris Surraco y luego por José Luis Scoseria Silva, en breves interinatos, y comenzó a funcionar antes de la inauguración. Posteriormente fue dirigido por Washington Escarón desde su designación como Jefe del Laboratorio Central

del Hospital de Clínicas el 10 de noviembre de 1955 y a partir de 1968 por José Raúl López Fernández (Fig. 81).



Figura 81.- José Raúl López Fernández, Jefe del Laboratorio Central a partir de 1968.

Su estructura incluía diversas secciones: Hematología y Citología, Bioquímica, Serología, Microbiología y Metabolismo basal. Dentro de estas secciones se debe destacar la fundamental actuación de Pedro Paseyro como Jefe de la Sección Hematología y Citología desde 1956. Continuó desde este lugar su labor pionera en citología, iniciada al amparo del Profesor Raúl Piaggio Blanco en el Hospital Pasteur y culminada con su designación como Profesor Ad Honorem de la Facultad de Medicina en 1970.[34] Con Paseyro la citología continuó su desarrollo desde el Hospital de Clínicas hasta transformarse en una verdadera subespecialidad del Laboratorio Clínico.

Contaba el Laboratorio con un criadero de animales de laboratorio y un sector dedicado a extracción de muestras. Para los estudios de urgencia se organizó un laboratorio de guardia.

Departamento de Anestesia y Gasoterapia

La anestesia general, incorporada a la cirugía desde la segunda mitad del siglo XIX, tuvo durante varias décadas como ejecutores a ayudantes de los cirujanos con mínima o nula preparación médica. Eran practicantes de medicina, enfermeros de experiencia y hasta religiosas, un grupo heterogéneo en el que la idoneidad adquirida a través de experiencias y errores y escasa lectura eran la única opción. Algunos de ellos alcanzaron una elevadísima competencia que luego les fue reconocida,* pero la mayoría tomaba la anestesia como una obligación transitoria y de ocasión. Hubo casos de médicos que empezaron a cultivar la anestesiología, pero o la abandonaron por otras actividades** o la asumieron con poco entusiasmo, como una rutina laboral.

La modernización de la anestesia y su elevación a una especialidad médica fue en nuestro país consecuencia de dos hechos: la necesidad de su organización

* Son paradigmáticos los casos de José I. Villar, introductor de la neuroanestesia en el país, y de Saúl Caviglia, que se jactaba de ser quien más anestesias generales había hecho.

** Un claro ejemplo de esto fue el de Helmut Kasdorf, quien luego de recibido de médico pensaba dedicarse a la anestesiología, en la que había adquirido experiencia como ayudante del Profesor Pedro Larghero. Cambió sus planes después de escuchar una conferencia de una eminente radioterapeuta inglesa, que le hizo ver nuevos horizontes. Volcado a la radioterapia llegó a ser el primer profesor de Oncología, con un amplio reconocimiento internacional.

dentro del moderno hospital universitario y la tarea llevada a cabo por una persona, el Dr. Alfredo Pernin (1909-1993) (Fig. 82), quien se hizo responsable de convencer, planificar y ejecutar las acciones necesarias para sacar a la anestesia de una técnica secundaria. Luego de una sólida formación anestesiológica en Wisconsin en los años 1945 y 1946, se dedicó integralmente a la Anestesiología y a su organización asistencial y docente.[35] Era Pernin un médico con marcada vocación por lo que hacía. Congregó a su alrededor y dirigió un grupo humano que elevó el nivel de la anestesia y la jerarquizó hasta imponerla como especialidad médica. Organizó cursos con participación de figuras de relieve internacional.



Figura 82.- Alfredo Pernin. Organizó y dirigió el Departamento de Anestesia y Gasoterapia desde su creación en 1953 hasta 1974. Elevó la Anestesiología a la categoría de especialidad médica.

En 1950 un anestesiólogo británico, el Prof. R. J. Woolmer, permaneció 3 meses en Montevideo dictando un curso de anestesiología y sentando las bases de la organización de un servicio hospitalario. Siguiendo esas pautas, Pernin planificó y organizó lo que sería el Departamento de Anestesia y Gasoterapia del Hospital.

Este servicio fue inaugurado en octubre de 1953. Al año siguiente, al comenzar a funcionar el Block Quirúrgico, se integraron los anestesistas contratados a esos efectos. Desde esa fecha y durante los veinte años del período que se analiza, fue dirigido por Pernin. Contó con la colaboración de un distinguido núcleo de anestesiólogos desde el comienzo de su actuación, como lo fueron los doctores Antonio Cañellas, Walter Fernández Oria, Juan Carlos Scasso, Luis Bengochea, Federico Schletter, Raúl Suárez, María Julia Salsamendi y el precozmente desaparecido León Chertkoff. Este Servicio no solo tenía la responsabilidad de las anestesias quirúrgicas y de la recuperación postoperatoria y postanestésica, sino, siguiendo la orientación internacional,[36] también era responsable de la terapia inhalatoria (gasoterapia y aerosolterapia) y, hasta la formación del Centro de Tratamiento Intensivo en 1971, de la reanimación respiratoria y cardiocirculatoria.

Paralelamente se organizó por la Escuela de Graduados el primer curso de post-grado de Anestesiología, abierto no solo a médicos recibidos, dirigido por el Dr. Pernin. Los primeros egresados de este curso fueron Luis E. Bengochea, Federico Schletter y Luis Recine.

En marzo de 1954 se instaló en el piso 16 el área de Recuperación post-anestésica, con 12 camas, para recibir a los recién operados. Fue el primer servicio de Recuperación que se organizó en el país. En 1959 se reorganizó este Servicio, ubicándolo en el piso 17, en la misma planta en que se encontraba el Block Quirúrgico. Fue el germen del futuro Centro de Tratamiento Intensivo, inaugurado en 1971.

La Anestesiología, gracias a la existencia de este Servicio y a los esfuerzos denodados del Dr. Pernin y sus colaboradores, pasó a ser uno de los cursos de la Escuela de Graduados y se transformó en especialidad médica. Se fue desarrollando en el tiempo acorde con los adelantos de la especialidad, abarcando no solo la asistencia operatoria, sino la postoperatoria y la evaluación preoperatoria, y dando nacimiento a subespecialidades como la anestesia pediátrica con Martín Marx, la anestesia torácica con Walter Fernández Oria y María Julia Salsamendi, la anestesia cardiovascular con Raúl Suárez, la neuroanestesia con José I. Villar y Martín Marx y la terapia del dolor con Enrique Bzurovski e Izso Grunwald. Lamentablemente el reconocimiento como Cátedra sucedió luego del cese de Pernin, motivo por el cual, injustamente, quien fuera el creador de la Anestesiología académica, no llegó a ser el primer profesor de la especialidad.

No se puede afirmar que la Anestesiología haya nacido en el Hospital de Clínicas, pero sí que su ascenso a especialidad médica y su organización en forma de departamento tuvieron origen en él. El ejemplo del Hospital y su Departamento de Anestesia se impuso en todos los centros asistenciales de importancia en el país, y se multiplicaron los servicios anestesiológicos organizados en forma de departamentos.

Del Laboratorio Cardio-Respiratorio a la Cardiocirugía

Laboratorio Cardio-Respiratorio fue el nombre asignado en 1955 a lo que fue el germen del Departamento de Cardiología, organizado más tarde, en 1963. Su primer director, Jorge Dighiero Urioste (Fig. 83), continuó a su cargo y fue responsable de los logros sucesivos del laboratorio, culminando con el reconocimiento de la especialidad cardiológica. Dentro de los logros de la primera década se destacan la promoción y el fundamental apoyo que brindó a la cirugía cardíaca.



Figura 83.- Jorge Dighiero Urioste. Organizador y primer Director del Departamento de Cardiología. [Gentileza Dra. Graciela Dighiero].

La cirugía cardíaca planificada se había iniciado en el país con José Luis Roglia en el Hospital Italiano, luego de que este destacado cirujano retornara de una prolongada estadía en Europa, primero en Leeds (Inglaterra) con Thomas Price, luego en Estocolmo con Clarence Crafoord durante 6 meses y finalmente otra vez en Inglaterra, en Londres. Entre 1952, fecha en que operó los primeros tres casos de coartación de aorta[37] y 1961, año en que falleció, Roglia operó más de 40 casos con cirugía del corazón a cielo abierto.[38] Integraban su equipo Anuar Urtubey como ayudante, Saúl Caviglia como anestesiólogo, Raúl Di Bello como cardiólogo clínico y Jorge Dubra como hemodinamista. En ese entonces la cirugía cardíaca, si se excluyen unos pocos casos de pericarditis hidática,[39,40,41] se limitaba a la corrección de lesiones valvulares y a la cirugía paliativa de la tetralogía de Fallot.[42]

También en el Hospital Pasteur había surgido la inquietud por la especialidad cardiológica. Raúl Piaggio Blanco estimuló el interés de Jorge Dighiero y Eduardo Joaquín Canabal por la cardiología y después que ellos volvieran de sendos viajes de estudios al exterior, les cedió un espacio de su clínica para iniciar un servicio de cardiología, en 1948. Allí comenzaron a realizarse cateterismos cardíacos, angiocardiografías, vectorcardiogramas y fonocardiogramas. Al poco tiempo se vio la necesidad de incorporar la cirugía cardíaca. Un joven cirujano egresado en 1947, Aníbal Sanjinés, impulsado por Piaggio Blanco y Dighiero, decidió especializarse en cirugía cardíaca. A principios de 1951 viajó a Filadelfia al servicio del profesor Charles Bailey, y permaneció allí por dos años. Pocos días después de regresar, en febrero de 1953, realizó su primera cirugía cardiológica en el país, una comisurotomía por estrechez mitral, utilizando instrumental traído por él de EEUU y con la presencia de su maestro Charles Bailey, en el Sanatorio Médico Quirúrgico de los Dres. Eduardo Vigil Sóñora y Julio Piñeyrúa (actual Sanatorio Constancio Castells (Nº 2) del CASMU). Entusiasmado por los buenos resultados, siguió haciendo cirugía a corazón cerrado (estrechez mitral, conducto arterioso) en los hospitales Pasteur, Maciel y Pereira Rossell, hasta su incorporación al Hospital de Clínicas en 1954.[43]

En diciembre de 1953, por iniciativa del ministro de Salud Pública Dr. Federico García Capurro, visitó nuestro país el renombrado cardiocirujano sueco, Prof. Clarence Crafoord (Fig. 84), del Instituto Karolinska de Estocolmo, junto con un equipo de colaboradores, entre los que estaba el radiólogo uruguayo Alberto Barcia Capurro, que se encontraba en Suecia desde mediados de 1952. Realizaron demostraciones quirúrgicas y de estudios angiocardiográficos en el Hospital de Clínicas y el Hospital Saint Bois y dictaron varias conferencias. Crafoord disertó sobre adelantos en cirugía de tórax y sobre coartación de aorta. El anestesista Olle Friberg sobre la anestesia en cirugía del tórax. El cardiocirujano asistente, Ake Senning, sobre resucitación en cirugía. El cardiólogo Bengt Jonsson habló sobre estenosis pulmonar y Barcia sobre adelantos en

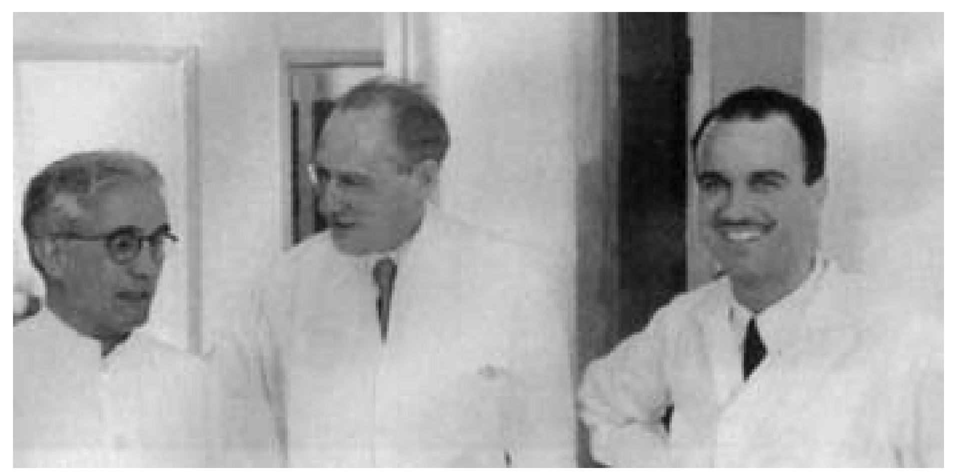


Figura 84.- Visita del cardiocirujano sueco Clarence Crafoord a Montevideo en 1953. A su derecha está Pedro Larghero y a su izquierda Alberto Barcia Capurro, radiólogo uruguayo entrenado en Suecia. (De: Benedek, P., Pradines, J., Ríos Bruno, G., Vázquez Várini, F., Venturino, W., Pedro Larghero. Cirugía y pasión).

el diagnóstico radiológico de las cardiopatías congénitas.[44] El equipo sueco fue fotografiado en la azotea del Hospital y en el piso 19 durante un intervalo en dichas actividades, destinado a almorzar. (Figs. 85 y 86)

En el correr de 1954 Sanjinés y Juan Carlos Abó, cirujano uruguayo formado en cirugía cardíaca con el Prof. Michael De Bakey de Houston, Texas,



Figura 85.- Visita de Crafoord y su equipo al Hospital de Clínicas en 1953. En una azotea del Piso 17, de izquierda a derecha: Olle Friberg (anestesista sueco), Ake Senning (cirujano sueco), Alejandro Victorica, Clarence Crafoord, Bengt Jonsson (cardiólogo sueco), Alberto Barcia, Margaretta Hamenberg (secretaria de Crafoord), Nicolás Caubarrère, Ruben Franco (periodista) e Inga Ericsson (instrumentista). (*Mundo Uruguayo*, 7-1-1954, FDAN)



Figura 86.- Visita de Crafoord y su equipo al Hospital de Clínicas en 1953. En un intervalo entre conferencias: Sentados: Inga Ericsson, Bengt Jonsson, Nicolás Caubarrère, Clarence Crafoord, Alejandro Victorica, Margaretta Hamenberg; de pie: Olle Friberg, Alberto Barcia, Ake Senning y Orestes Fiandra. (*Mundo Uruguayo*, 7-1-1954, FDAN)

comenzaron a operar en el Hospital de Clínicas, realizando cirugía cardíaca "cerrada".

En 1955 se creó el Laboratorio Cardio Respiratorio, bajo la dirección de Jorge Dighiero, quien se incorporó con su equipo de colaboradores del Hospital Pasteur.

Es cierto que hasta entonces habían sido varios los médicos interesados en la patología cardíaca y que habían alcanzado justo prestigio haciendo uso de la clínica y la electrocardiografía en sus inicios, como los doctores Roberto Velasco Lombardini o Justo Montes Pareja, entre otros, a los que les cabe con justicia el título de precursores de la cardiología nacional.

Pero fue mérito de Dighiero organizar un ejemplar servicio cardiológico centralizado dentro del Hospital de Clínicas, que fue el antecesor del Departamento de Cardiología y de la Cátedra de Cardiología. Colaboraron con él en las distintas etapas iniciales César Aguirre, Joaquín Purcallas, José M. Baldomir, Carlos Suzacq, José Horjales, Jacobo Hazan, Pablo Scremini Algorta, Orestes Fiandra, Luis A. Folle, Hernán Artucio, Walter Espasandín, Roberto Rubio, Juan C. Abó, Alberto Barcia, Ricardo Cortés, Juan Carlos Pommerenck (Fig. 87). Creado el Departamento de Cardiología por el Consejo Directivo de la Facultad de Medicina el 6 de abril de 1961, éste quedó integrado por los siguientes sectores: Consultorios externos, Electrobiología, Fonocardiografía y Cardiografía, Hemodinamia, Funcionalidad respiratoria y Cirugía cardiovascular.



Figura 87.- Dighiero y colaboradores en el recién creado Departamento de Cardiología. (Gentileza Dra. Graciela Dighiero).

Dighiero logró coordinar los recientes avances en el diagnóstico y la cirugía de las enfermedades cardíacas con la participación de todos los técnicos y médicos involucrados.[45] Se integró Alberto Barcia Capurro (Fig. 88) al equipo radiológico, aportando su sólida formación radiológica en Suecia y su extensa experiencia en organización de servicios de angiocardiografía para centros de cirugía cardíaca de EEUU.[46]Al equipo quirúrgico se incorporó Roberto Rubio,

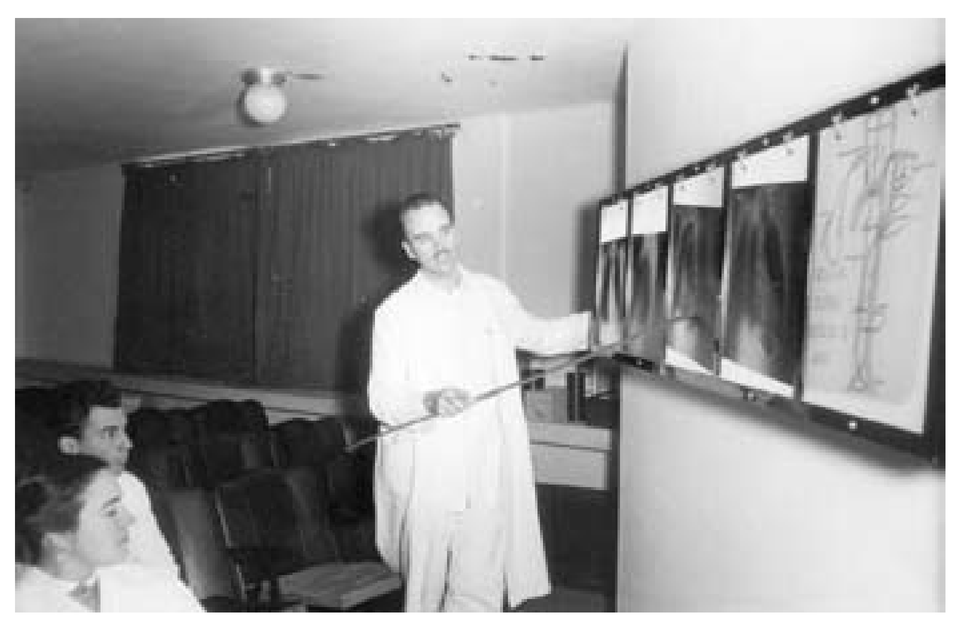


Figura 88.- Alberto Barcia Capurro. Incorporado al equipo cardiológico para diagnóstico angiocardiográfico. (AFEG)

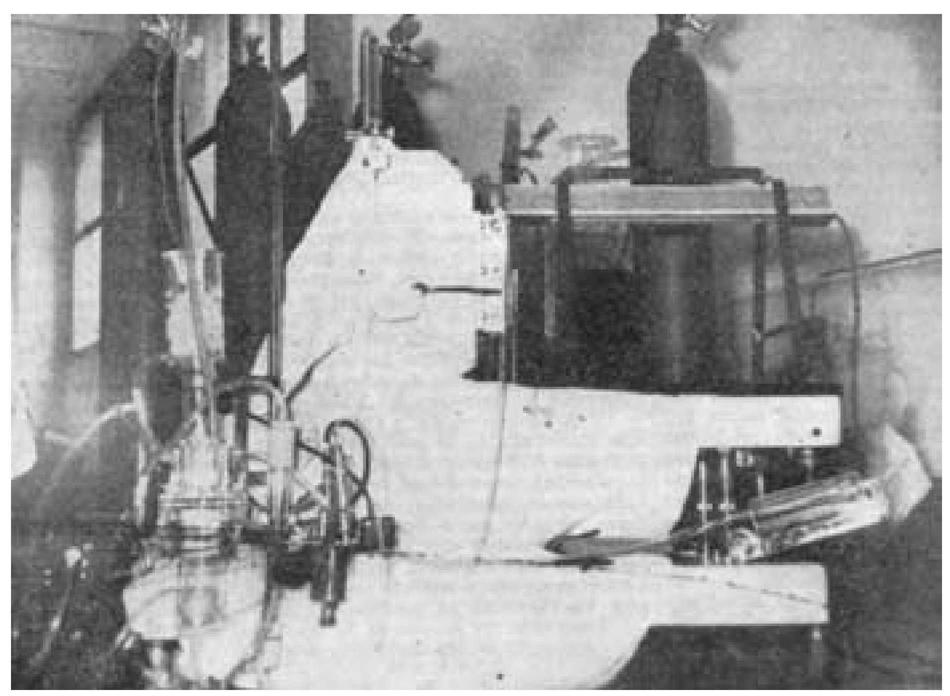
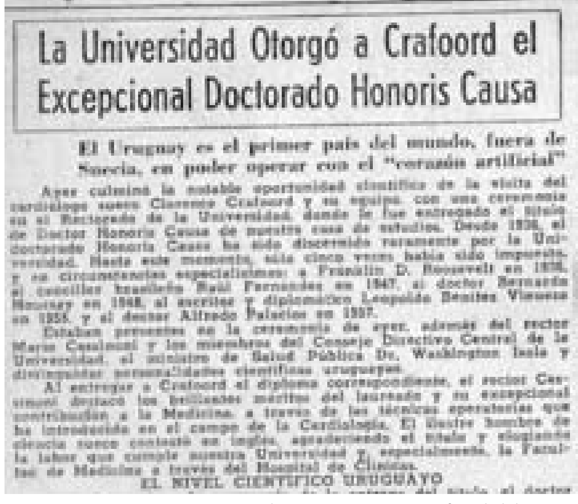


Figura 89.- Máquina "corazón-pulmón" de Crafoord, réplica de la original, incorporada al Hospital. (*Gaceta de la Universidad*, febrero 1959, FDAN)

cirujano que acababa de realizar una pasantía de 16 meses, en Estocolmo con Crafoord y en Inglaterra.[47] Por primera vez en el país se puso en práctica la cirugía cardíaca a corazón abierto, con circulación extracorpórea[48] o bajo hipotermia, lo que permitió abrir el corazón para corregir ciertas anomalías como la comunicación interauricular.[49]

En 1958, en una nueva visita de Crafoord al Uruguay, éste trajo una réplica de su "máquina de corazón – pulmón" (Fig. 89). Operó nueve pacientes, cinco de ellos con el "corazón artificial" y cuatro con hipotermia. La "máquina corazón – pulmón" se utilizaba por primera vez fuera de Suecia. Todos los pacientes tuvieron una buena evolución. Este feliz acontecimiento dio lugar a que la Universidad



La Universidad Otorgó a Crafoord el Excepcional Doctorado Honoris Causa

El Uruguay es el primer país del mundo, fuera de Suecia, en poder operar con el "corazón artificial"

EL NIVEL CIENTIFICO URUGUAYO

Figura 90.- La prensa anuncia el otorgamiento a Crafoord del excepcional título de "Doctor Honoris Causa" por la Universidad. (*El País*, 8-11-1958, FDAN)

otorgara el título de Doctor Honoris Causa a Clarence Crafoord el 7 de noviembre de 1958* (Fig. 90), en reconocimiento a la labor desarrollada en la capacitación de especialistas uruguayos[50] y posibilitó que el Hospital incorporara la máquina corazón – pulmón utilizada, con la cual a partir de marzo de 1959 los cardiocirujanos uruguayos Juan Carlos Abó y Roberto Rubio, luego de un largo período de adiestramiento utilizando la máquina para operar perros en un local especialmente preparado dentro del Hospital (Fig. 91), comenzaron a operar pacientes en forma rutinaria, a corazón abierto, utilizando la máquina de corazón artificial de Crafoord.[51] (Fig. 92)



Figura 91.- Los cirujanos uruguayos Roberto Rubio y Juan C. Abó adiestrándose en cirugía cardíaca en perros utilizando la máquina "corazón-pulmón". (*Gaceta de la Universidad*, febrero 1959, FDAN).



Cirujanos Uruguayos Empiezan a Operar en Marzo Utilizando el Nuevo corazón artificial

Se desarrolla con éxito la etapa experimental

Figura 92.- *Gaceta de la Universidad* de febrero 1959 anuncia el comienzo de la cirugía a corazón abierto para marzo de ese año. (FDAN)

* Este título había sido otorgado por la Universidad solo en cinco ocasiones muy especiales: en 1936 a Franklin D. Roosevelt, en 1947 al canciller brasileño Raúl Fernández, en 1948 al fisiólogo argentino Bernardo A. Houssay, en 1955 al escritor y diplomático ecuatoriano Leopoldo Benites Vinueza y en 1957 al embajador de Argentina Alfredo L. Palacios.



Figura 93.- Alberto Barcia, Aron Nowinski y Hugo Villar en la consola de un nuevo equipo. (FDAN)

En los años siguientes se continuó desarrollando esta cirugía, incluyendo la cardiocirugía pediátrica. Consecuente con ese desarrollo se construyó en el Hospital una Cámara Antisónica, cuyo proyecto había sido iniciado en 1954 sin poderse realizar. El nuevo proyecto fue elaborado por el Arq. Carlos Surraco y fue construido con personal del Hospital, habilitándose en 1964. Se adquirió moderno equipamiento para diagnóstico y tratamiento cardiológico, inaugurado el 10 de agosto de 1966 (Fig. 93 y 94) y se recibieron donaciones complementarias,



Figura 94.- Incorporación de modernos equipos de angiocardiografía, con presencia del ministro de la República Federal Alemana, del representante del MSP Dr. Migues Barón y del representante de la empresa Siemens. (FDAN).

como un polígrafo de 8 canales y un desfibrilador externo. En 1969 se hizo una publicación con los 100 primeros casos operados con circulación extracorpórea.[52] Los progresos no solo involucraron a la cirugía cardíaca, si bien ellos fueron los más admirados por el público. Los estudios de hemodinamia y los cateterismos cardíacos, también realizados con frecuencia creciente en el Hospital, coincidieron con y sirvieron de apoyo a los avances en cirugía cardíaca. En 1966 se iniciaron los primeros estudios ergométricos en Latinoamérica, y se presentaron los primeros resultados en el Primer Congreso Uruguayo de Cardiología en Punta del Este en el mismo año. En noviembre de 1970 el Profesor Euriclydes Zerbini, afamado cardiocirujano de São Paulo, visitó el Servicio con sus colaboradores Radi Macruz, Ruy Gomide de Amaral, Sergio Almeida de Oliveira y A. Santos, dio conferencias y realizó demostraciones quirúrgicas. Norberto Tavella concurrió a la Clínica de Zerbini para aprender la técnica de la coronariografía en el mismo año y a su retorno al país hizo las primeras cineangiocoronariografías. José Luis Filgueira en 1971 también concurrió a São Paulo para entrenamiento en cardiocirugía en el Servicio de Zerbini, donde tuvo una excelente aceptación, narrada por él en carta a Dighiero (Fig. 95). De vuelta en Montevideo, luego de realizar cirugía experimental en 14 perros aplicando la técnica aprendida,[53] el 14 de setiembre de 1972 efectuó la primera revascularización aorto-coronaria en el país, en el Sr. Higinio Valdazo, con total éxito.[54]

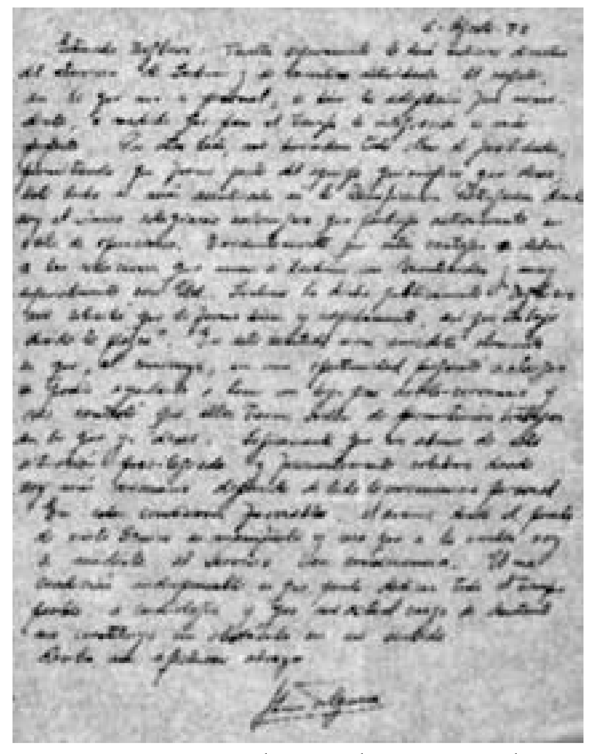


Figura 95.- Carta manuscrita de José L. Filgueira a Jorge Dighiero relatando la cálida recepción que tuvo en el Servicio de Cirugía Cardíaca de Zerbini en San Pablo. (Gentileza Dra. Graciela Dighiero).

En octubre de 1971 se firmó un convenio para habilitar un Centro de Cirugía Cardíaca en el Hospital de Clínicas por parte del Ministerio de Salud Pública, el Hospital de Clínicas, la Sanidad Militar y el Consejo Central de Asisgnaciones Familiares.



Figura 96.- Jorge Dighiero, Euriclydes Zerbini, Norberto Tavella y José Luis Filgueira en el III Congreso Uruguayo de Cardiología, diciembre de 1972. (Gentileza Dra. Graciela Dighiero).



Figura 97.- En el III Congreso Uruguayo de Cardiología, en 1972, Jorge Dighiero, Euriclydes Zerbini, Raúl Suárez y René Favaloro. (Gentileza Dra. Graciela Dighiero).



Figura 98.- René Favaloro, Jorge Dighiero y Radi Macruz en 1972. (Gentileza Dra. Graciela Dighiero).

Entre el 11 de febrero de 1972 y el 18 de octubre de 1973 se realizaron 128 intervenciones quirúrgicas, 342 estudios de hemodinamia y 2.296 estudios dinámicos. El entrenamiento adquirido por Tavella y Filgueira en San Pablo daba excelentes frutos.(Fig. 96) En el Tercer Congreso Uruguayo de Cardiología, en diciembre de 1972, el nivel alcanzado por la cirugía cardíaca en Uruguay fue elogiado por René Favaloro y Euriclydes Zerbini (Fig. 97 y 98), máximos exponentes de la especialidad en el continente sudamericano.

Este desarrollo de la cardiología y de la cirugía cardíaca, impulsado por Jorge Dighiero, se extendió a todos los ambientes asistenciales del país. Se sumó la colocación de marcapasos cardíacos. El 3 de febrero de 1960 los Dres. Orestes Fiandra y Roberto Rubio colocaron el primer marcapaso implantable en el país, en el Sanatorio "Carlos María Fosalba" del Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU). Fue el segundo en implantarse a nivel mundial y el primero que llegó a funcionar.[55, 56]

De la Unidad de Riñón Artificial a la Nefrología

Se han extractado del libro de reciente aparición *"Recuerdos de los comienzos de la Nefrología en Uruguay"*, de Dante Petruccelli y colaboradores,[57] los siguientes conceptos en relación al Hospital de Clínicas en este período.

El Dr. Héctor Franchi Padé, "padre de la nefrología uruguaya" (Fig. 99), como bien lo considera Petruccelli, en el año 1956, en un viaje por Europa, se ocupó en adquirir un aparato para hemodiálisis, que al final fue comprado con recursos de las cátedras de Patología (Prof. José Pedro Migliaro) y de Farmacodinamia y Terapéutica (Prof. José J. Estable). Este aparato (Fig. 100), tipo Kolff – Merrill, con cilindro rotatorio, fue ubicado en el Piso 16 del Hospital de Clínicas en la primavera de 1957. El Dr. Adrián Fernández se hizo cargo del mismo y comenzó a ensayar el procedimiento de hemodiálisis en perros. Poco antes, en abril de ese año, Fernández, que había concurrido al Servicio de Nefrología del Prof. Jean Hamburger en el Hospital



Figura 99.- Héctor Franchi Padé. (AFEG)

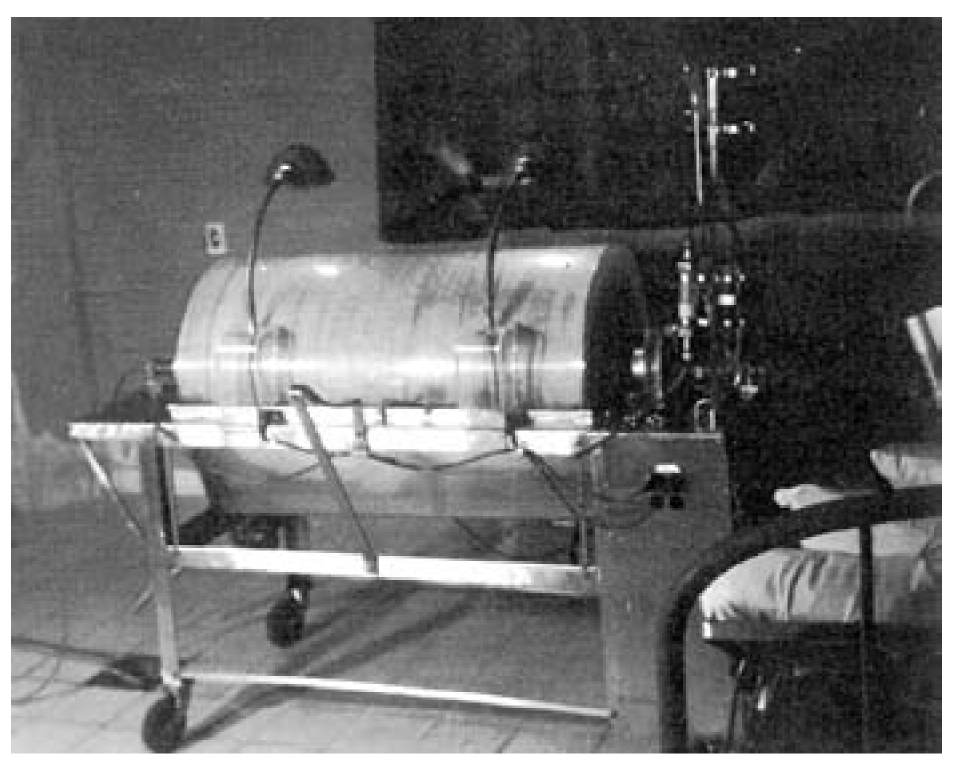


Figura 100.- Equipo para hemodiálisis tipo Kolff-Merrill instalado en piso 16 en 1957, manejado por Adrián Fernández. En enero de 1958 se llevó a cabo la primera hemodiálisis terapéutica. (AFHC).

Necker de París, había llevado a cabo la primera diálisis peritoneal terapéutica con la colaboración del Dr. Escipión Oliveira, con buena respuesta. En enero de 1958 se realizó la primera hemodiálisis terapéutica en una paciente con anuria en el marco de una sepsis post aborto, con recuperación luego de tres diálisis. En esta actividad, Fernández invitó a colaborar a los Dres. Walter Espasandín y Dante Petruccelli, y este equipo se mantuvo por varios años.

Durante 1962 se instaló la Unidad de Riñón Artificial en el ala Este del piso 12, dejando el piso 16. En su nuevo local disponía de un cuarto para diálisis, un cuarto auxiliar con tanque de calentamiento de agua y facilidades para preparación de materiales y soluciones y un cuarto para depósito. Esta Unidad fue prevista en aquel tiempo para integrarse al proyectado Centro de Tratamiento Intensivo.

Todos los médicos trabajaron honorariamente desde 1957 hasta 1963. En este año se crearon dos cargos rentados de Grado 2.

En mayo de 1968 visitó Montevideo Williem Kolff (Fig. 101), médico holandés que había ideado las primeras máquinas que funcionaron como riñón artificial. Dio tres conferencias en las que analizó los conocimientos modernos en nefrología y, sobre todo, estimuló el naciente interés de los médicos uruguayos en el tema (Fig. 102).

El 27 de junio de 1969 se hizo en el Hospital de Clínicas el primer trasplante de riñón con dador cadavérico en Uruguay (Fig. 103). El Decano de la Facultad de Medicina Prof. Hermógenes Álvarez, los directores asistentes Aron Nowinski y Julio C. Ripa, junto con los doctores



Figura 101.- Williem Kolff, médico holandés, durante una de sus conferencias dadas en Montevideo en mayo de 1968. (AFHC).



Figura 102.- Parte de la asistencia a las conferencias del Dr. Kolff. En primera fila Dante Petruccelli y Frank Hughes; segunda fila: Roberto Rubio, Víctor Vila, Oscar Schiaffarino; tercera fila: Ernesto Corio, Luis Campalans, Jorge Lockhart, Manlio Ferrari; cuarta fila: Walter García Fontes, Roberto Avellanal, Isidoro Sadi, Jorge Pereyra Bonasso; más atrás: Walter Acosta Ferreira, Francisco Gravina. (AFHC).



Figura 103.- Paciente a quien se hizo el primer trasplante de riñón con dador cadavérico en junio de 1969. (AFHC).

Dante Petruccelli y Luis A. Cazabán dieron una conferencia de prensa el día 4 de julio en la que se presentó un informe sobre el trasplante realizado con éxito (Fig. 104). Luego de historiar los antecedentes hospitalarios en diálisis



Exitoso Trasplante de Riñón en el Clínicas

Figura 104.- Conferencia de prensa del 4 de julio de 1969, anunciando la realización del primer trasplante de riñón en Uruguay. De izquierda a derecha: Dante Petruccelli, Aron Nowinski, Hermógenes Álvarez, Julio Ripa, Luis Cazabán. (FDAN).

peritoneal y hemodiálisis, se analizó la experiencia adquirida en doce años de preparación por el equipo médico-quirúrgico-urológico, integrado por la Unidad de Riñón Artificial del Hospital de Clínicas, el Laboratorio de Cirugía Experimental y la Clínica Urológica, en actividades quirúrgicas experimentales y en viajes al exterior. Se detalló luego el desarrollo del procedimiento y el personal actuante: el equipo quirúrgico integrado por los cirujanos Dres. Uruguay Larre Borges y Luis A. Cazabán y el urólogo Dr. Jorge Pereyra Bonasso, con la colaboración de los Dres. Raúl Cepellini, Carlos Sarroca, A. Hendlin y Br. Cerisola. La perfusión e hipotermia de riñón aislado estuvo a cargo del Dr. Ernesto Corio y los Bres. Raúl Lombardi y Teresita Llopart. La anestesia fue realizada por los Dres. A. Syrvis y María Cavalli de Caputi, del Servicio de Anestesiología; los controles hematológicos y hemoterapia por el Br. Víctor Vila, del Depto. de Hemoterapia; el control del medio interno por los Dres. Raúl Bustos y Gustavo Giussi, de la Cátedra de Fisiopatología, y la observación anatomopatológica por los Dres. Francisco Gravina y Julio de los Santos, del Depto. de Anatomía Patológica. La colaboración de Enfermería del Centro Quirúrgico estuvo a cargo de la Enfermera Universitaria Donna Ilieff y las Auxiliares de Enfermería Ma. C. Yamín, G. Iraola, R. Fígoli y J. Otero. El control médico pre, intra y post-operatorio fue dirigido por los Dres. Dante Petruccelli (Fig. 105) y Luis A. Campalans. Finalmente se destacó la amplísima colaboración del Departamento de Enfermería, dirigido por la Nurse Dora Ibarburu, y en forma especial la labor de la Enfermera Universitaria Juana Bequio que permitió conectar en los escasos minutos disponibles, a todos los integrantes del equipo.*

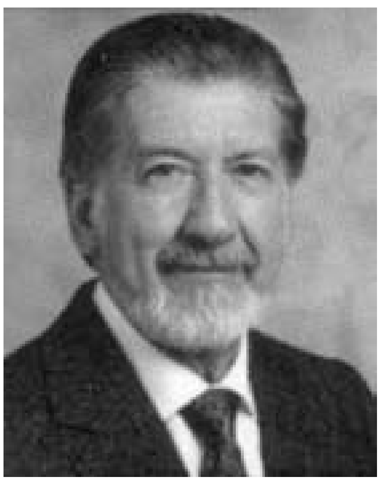


Figura 105.- Dante Petruccelli. Actor principal de la nefrología uruguaya.

En 1971 se iniciaron cambios que culminaron en la creación del Centro de Nefrología en el Hospital de Clínicas en 1974. Un año después se creó el cargo de Profesor de Nefrología, que fue ocupado interinamente por Dante Petruccelli hasta su renuncia en 1979.

La Unidad de Riñón Artificial instalada en el Hospital de Clínicas fue el origen de un proceso que culminó, tras agregarse las sucesivas técnicas de diálisis renal, con la formación de la Cátedra de Nefrología y de la especialidad.[57] El ejemplo cundió fuera del Hospital.

* Lamentablemente, a pesar de haber tolerado el procedimiento quirúrgico, la paciente falleció días después por un rechazo hiperagudo por incompatibilidades que entonces se desconocían.


Figura 106.- Paciente en diálisis. (AFHC).

La realización de las diálisis (Fig. 106) fue uno de los motivos para la creación del Fondo Nacional de Recursos, junto con la cirugía cardíaca y la implantación de prótesis articulares. Al mismo tiempo que se reiteraban, mejorando, las diálisis, se ponía en evidencia la necesidad de los trasplantes renales como solución definitiva. El primer trasplante de riñón sirvió para afianzar la especialidad nacida en ese lugar, y proyectarse hacia un futuro en que la trasplantología se desarrolló en forma de progresión geométrica. Contribuyó a este proceso el nacimiento y crecimiento del entonces Banco de Órganos, hoy Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Células, Tejidos y Órganos, también nacido en el Hospital en los años siguientes al período analizado.

Departamento de Radiología

Este servicio fue planificado por el Profesor de Radiología y Director del Instituto de Radiología Dr. Pedro Barcia, pero lamentablemente su temprana muerte en 1951 impidió que asistiera a su funcionamiento. En el segundo semestre de 1952 se aprobó el reglamento del servicio de Radiodiagnóstico. De acuerdo a ello, se llamó a aspirantes para la provisión de tres cargos de Auxiliares de Radiología (después llamados técnicos radiólogos), y luego de la decisión del tribunal, ocuparon estos cargos Angela Couto de Arnoso, Matilde Polvarini y Fernando Oreiro. En setiembre de 1953, cuando se inauguró la internación en el Hospital, el servicio funcionaba bajo la dirección del profesor agregado Nicolás Caubarrére, contando con la asistencia del doctor Eugenio Zerboni.

La prematura muerte de Barcia dejó en situación crítica a la Radiología universitaria. Hasta ese momento coincidían en la misma persona la Cátedra de Radiología y la Dirección del Instituto de Radiología, en cuya estructura tenía rol importante el Ministerio de Salud Pública. La Radiología se dividía en Radiodiagnóstico, con base en el Hospital Maciel y en Radioterapia, con base en el local de 8 de Octubre y Abreu. La idea de Barcia era instalar, unificadas, ambas partes en el nuevo hospital universitario. Esta idea no era unánime, y había

intereses encontrados. La sucesión de Barcia se hizo difícil por la puja entre los profesores agregados, en especial entre Alfonso Frangella, volcado a la Radioterapia, y Federico García Capurro, volcado al diagnóstico. Recién en 1958 la Facultad eligió al nuevo Profesor de Radiología y Director del Instituto: Alfonso Frangella, que desde 1953 estaba a cargo interinamente del Instituto, como Agregado más antiguo. Durante ese período de acefalía, el Hospital de Clínicas fue instalando un moderno departamento de radiología diagnóstica en la Planta Baja, incorporando equipos de última generación. La centralización de la radiología especializada no provocó discusión entre los clínicos, pero sí hubo oposición a la realización de radioscopías de tórax, al punto de que hasta bien entrada la década del sesenta existieron aparatos de radioscopías en algunos pisos de internación y en el Servicio de Emergencia, con los consiguientes riesgos de irradiación perjudicial. Cuando Frangella fue nombrado profesor y director del Instituto de Radiología, ejerció su función desde la sede del Instituto en 8 de Octubre. Al llegar a los 65 años, en 1965, cesó como profesor pero continuó ocupando el cargo de Director del Instituto de Radiología. El nuevo Profesor de Radiología fue Leandro Zubiaurre (Fig. 107), quien desde 1954 ejercía la jefatura del Servicio de Radiología del Clínicas. El desarrollo del departamento por él inspirado incluyó un intensificador de imágenes, con cámara para cinerradiografía y televisión, un planígrafo universal, y gestiones ante el gobierno de Francia por las que se obtuvo la donación de un equipo de micro-radiología, y la reposición de tubos de Rayos X (Fig. 108).



Figura 107.- Leandro Zubiaurre. Organizador y primer Director del Departamento de Radiología del Hospital de Clínicas. (AFEG).

El equipamiento radiológico del hospital también había crecido con la instalación de un laboratorio completo de angiocardiografía donado por la embajada de la República Federal de Alemania y equipado al día según proyecto de Alberto Barcia Capurro, médico que luego alcanzaría relevancia internacional, actuando tanto en Europa como en Estados Unidos, y que en esa época fue un



Figura 108.- Zubiaurre en ocasión de la inauguración de una ampliación en la planta física del Departamento, junto al Ministro de Obras Públicas, Arq. Walter Pintos Risso y autoridades del Hospital. (FDAN).

contribuyente fundamental para el desarrollo de la imagenología que respaldaba el estudio de los pacientes para cardiocirugía, especialidad que nacía en el país. Para la instalación de este equipamiento se destinó un sector del piso 1 del bloque noroeste del Hospital, próximo al sector de Cardiología.

En los años sesenta los servicios de Radiología del Hospital eran los más avanzados y los más completos en el país. En 1967 contaba con las siguientes unidades funcionales: Corazón y grandes vasos, Sistema vascular periférico, Pulmón, Aparato digestivo, Sistema nervioso, Aparato génito-urinario, Sistema ósteo-articular.[59]

Telecobaltoterapia

El 22 de agosto de 1962 comenzó a funcionar un moderno equipo de telecobaltoterapia, el primero en el país, instalado en un sector dependiente entonces del Departamento de Radiología. La "Bomba de Cobalto", como se le conoció, funcionó en locales que debieron ser readaptados de acuerdo a la potencia del equipo, mediante la construcción de tabiques de hormigón armado de mayor espesor, denominado *bunker*. Este sector estuvo ubicado en la planta baja de un edificio de una sola planta proyectado especialmente para la Sección Radioterapia. Si bien en ese momento el profesor de Radiología era Alfonso Frangella, quien se dedicaba en exclusividad a la Radioterapia, éste no se hizo cargo de la Bomba de Cobalto sino que continuó con sus labores en la sede del Instituto de Radiología de la Avenida 8 de Octubre y delegó en su colaborador

y Ayudante de Investigación Miguel Angel Sica el manejo del nuevo equipo en el Hospital de Clínicas. Posteriormente esta sección pasó a ser dirigida por el Prof. Agdo. Helmut Kasdorf, formado en la especialidad en el Reino Unido. En 1965 se agregaron conexiones para proporcionar calefacción a este edificio y se realizaron trabajos con la colaboración de personal del Ejército, a pedido del Dr. Helmut Kasdorf, para la finalización de dichos locales.

Con la instalación de este equipo, se hacía definitiva la separación de las dependencias del Hospital universitario y del Ministerio de Salud Pública en Radioterapia, completando una separación ya establecida en la parte de Radiodiagnóstico, en cuyo origen hubo mucho de diferencias y rivalidades entre personas. Años después, pero ya por el desarrollo de sus distintas ramas, la separación afectaría a la Cátedra, separándose la Radiología de la Oncología, que a su vez más adelante se dividiría en Oncología Médica y Oncología Radioterápica.

Central de Sangre y Plasma

Cuando poco después del descubrimiento del aglutinógeno Rh comenzaron a difundirse extensamente las transfusiones de sangre, se establecieron los primeros dos Bancos de Sangre en el país, en 1942. En julio el del Ministerio de Salud Pública y el 12 de noviembre el de la Facultad de Medicina. Este último fue fundado durante el decanato de Julio C. García Otero por Pedro Larghero y quedó bajo la dirección de Dinor Invernizzi colaborando Raúl Canzani y Silio Yannicelli. Se denominó "Central de Sangre y Plasma", teniendo su sede física en el Instituto de Patología de la Facultad.[60] Bajo la dirección de Invernizzi se inauguraron en 1950 los cursos para Auxiliares en Transfusiones, que fue el primer curso de lo que luego sería la "Escuela de Colaboradores del Médico".

El 28 de marzo de 1952 pasó a la Planta Baja del edificio del Hospital de Clínicas,[61] quedando bajo la dirección de Dinor Invernizzi, *alma mater* de la disciplina. Fue el primer servicio de asistencia médica del Hospital universitario. En 1953, con el ingreso de pacientes, pasó a ser "Servicio de Transfusión" del Hospital. Entre sus funciones asistenciales estaban: recepción de dadores de sangre, examen médico de los dadores, extracción de sangre, estudio y acondicionamiento de la sangre y sus derivados, realización de las transfusiones de sangre y derivados a los pacientes asistidos en el Hospital, formación y mantenimiento de sangre, plasma y derivados, suministro de sangre, derivados y preparados a otras instituciones, preparación de productos biológicos afines, realización de análisis especializados, aplicación y divulgación de las nuevas adquisiciones de la especialidad.

Dinor Invernizzi publicó numerosos trabajos científicos entre los que se destaca en 1944 "Distribución del aglutinógeno Rh en nuestro medio". También estudió la sobrevida de los glóbulos rojos con marcadores radiactivos.



Figura 109.- Julio César Beltrán. Dirigió el Servicio luego de la muerte de Invernizzi, desde 1962 hasta 1970.

Alcides Rodríguez realizó en 1961 el primer trasplante de médula ósea en el país, a un paciente con diagnóstico de aplasia medular y en 1963 preparó y realizó la primera transfusión de plaquetas.

Luego del fallecimiento de Invernizzi en 1962, el Servicio fue dirigido, hasta 1970, por Julio César Beltrán (Fig. 109), quien organizó y centralizó la atención de los pacientes hemofílicos en el Hospital, transformándolo en la referencia nacional para la Federación Mundial de Hemofilia.

El Servicio incorporó mediante adquisición, una congeladora para conservación de plasma de 30 pies cúbicos de capacidad y un refrigerador marca Jewet, de acero inoxidable mediante donación por parte del Servicio Nacional de Sangre. Las instalaciones para la conservación de sangre y plasma de este Servicio, fueron conectadas a la red de energía eléctrica de Emergencia.

Beltrán fue sucedido por Víctor Vila (Fig. 110), desde 1970 hasta 1973. Vila en 1968 había preparado un nuevo hemocomponente, el crioprecipitado, para la terapia de la hemofilia, logrando un cambio que revolucionó la calidad de vida de estos pacientes. Durante su dirección, el Servicio pasó a ser Departamento de Hemoterapia. Luego de su renuncia, y a partir de abril de 1974. Germán Surraco Sóñora quedó a cargo del Departamento.

En su comienzo como Banco de Sangre, el Servicio cumplió funciones asistenciales puras, como ser la obtención, elaboración, conservación y transfusión de sangre. Estos procedimientos eran llevados a cabo por técnicos transfusionistas formados especialmente en cursos luego incorporados a la Escuela de Colaboradores del Médico. Coincidentes con el período de habilitación del Hospital, el explosivo aumento de conocimiento médico de las enfermedades vinculadas a la sangre, el comienzo de los transplantes de órganos y las necesidades crecientes de conocer a fondo detalles del dador y del receptor de sangre, de sus diversos componentes o de órganos, lo que implicaba mayores conocimientos médicos, hizo necesaria la preparación especializada de médicos. La existencia de un equipamiento moderno y la cantidad y variedad de pacientes que atendía el Hospital



Figura 110.- Víctor Vila.

permitió que al mismo tiempo se desarrollaran distintas líneas de investigación clínica y proyectos terapéuticos. Nació así la especialidad. A nivel médico hubo inicialmente cierta confusión con la naciente Hematología, luego superada al quedar claro los campos de acción de cada una. En este proceso jugaron un papel importante Dinor Invernizzi, Julio César Beltrán, Víctor Vila y Germán Surraco Sóñora, y del desarrollo del Departamento y el accionar de Alcides Rodríguez surgió posteriormente la Cátedra de Hemoterapia y Medicina Transfusional, otra especialidad nacida en el Hospital. En consecuencia, el Servicio pasó a llamarse Departamento y Cátedra de Hemoterapia a partir de 1987.

Departamento de Anatomía Patológica

A diferencia de algunos países anglosajones, en que la anatomía patológica es parte del laboratorio clínico, la tradición latinoamericana y en nuestro país es de una anatomía patológica autónoma y especializada. Así se la concibió en la organización del hospital universitario.

De su primitiva ubicación en la Facultad de Medicina pasó al Hospital de Clínicas a poco de haber comenzado a funcionar. El nuevo local tenía varias ventajas. Desde el punto de vista docente había espacios más amplios y mejor equipados y la proximidad con las clínicas favoreció la participación en las sesiones anatomoclínicas de los distintos servicios. Desde el punto de vista asistencial se pudo organizar con mayor facilidad y seguridad el traslado, recepción y estudio de las diversas piezas, cualquiera fuera su origen y procedencia: biopsias desde consultorios externos y salas de hospitalización, piezas anatómicas desde las salas de operaciones. Este nuevo local, que abarcaba el sector oeste de la Planta Baja (procesado de material, laboratorios de diagnóstico e investigación), Basamento (locales para la docencia) y Sótano (sala de autopsias y cámaras frigoríficas) del bloque sur le permitió además acceder con mayor facilidad a las autopsias, que en los dos primeros años de funcionamiento del Hospital llegaron al 45 % de los fallecidos, porcentaje que decaería notoriamente en los años siguientes.

El Departamento de Anatomía Patológica estuvo bajo la dirección de Pedro Ferreira Berrutti (Fig. 111), profesor de la materia. Luego del cese de Ferreira Berrutti fue dirigido por su sucesor en



Figura 111.- Pedro Ferreira Berrutti.

la cátedra a partir de 1968, Luis Alberto Matteo (Fig. 112).

En los últimos años se realizaron en el Departamento de Anatomía Patológica distintos trabajos de remodelación y acondicionamiento de los locales destinados a laboratorios y a las nuevas exigencias de las actividades docentes (Fig. 113). El 5 de setiembre de 1969 se inauguró el Museo de Anatomía Patológica, con piezas anatómicas seleccionadas, para la enseñanza de alumnos de tercer a sexto año de Medicina. También se habilitó para uso de estudiantes de otros ciclos y disciplinas. Coincidiendo con la inauguración se descubrió en el nuevo local un



Figura 112.- Luis Alberto Matteo. Sucesor de Ferreira Berrutti. (AFEG).



Figura 113.- Grupo de docentes de Anatomía Patológica. De izquierda a derecha: Juan Purriel, Walter Acosta Ferreira, técnico Vasallo, Julio De los Santos, Francisco Gravina, Walter Meerhoff. (FDAN).



Figura 114.- Inauguración del Museo de Anatomía Patológica en 1969. De izquierda a derecha: [sin identificar] Aron Nowinski, Cándido Muñoz Monteavaro, Hugo Villar y Ruben Dieci, funcionario del Departamento, y autor del mural que se ve al fondo. (FDAN).

mural decorativo de gran valor artístico de 85 metros cuadrados, concebido y ejecutado por el artista y a la vez funcionario del Hospital de Clínicas Sr. Ruben Dieci (Fig. 114).

Asimismo fue remodelado el local destinado a la Morgue.

Vinculado a este Departamento estaba el Laboratorio de Neuropatología, ubicado en el Instituto de Neurología (Piso 2) y dirigido por Juan Medoc, docente de la cátedra de Anatomía Patológica. Este Laboratorio se destacó por el elevado índice de autopsias realizadas y la riqueza del material estudiado, que centralizaba las piezas emanadas de las operaciones neuroquirúrgicas no solo del Hospital sino las de las demás instituciones asistenciales (Fig. 115).



Figura 115.- Juan Purriel (izquierda) y Juan Medoc, neuropatólogos. (AFEW).

Departamento de Física Médica y Rehabilitación

La inauguración del Hospital de Clínicas encontró en pleno auge a la especialidad de Física Médica y Rehabilitación, devenida luego en Fisiatría. En nuestro país, pocos años antes se había creado la cátedra de Física Médica, de una división de la antigua cátedra de Física Biológica en las de Biofísica y de Física Médica. Su primer profesor fue el Dr. Mario Cassinoni (Fig. 116). El nuevo hospital no podía eludir la necesidad de tener un lugar para la especialidad, tanto por su utilidad asistencial, ya que se estimaba que hasta un 10 % de los pacientes hospitalizados requerían atención fisiátrica, como para la docencia que se debía impartir a médicos y técnicos. Planificó un Servicio de Física Médica con amplios ambientes para procedimientos terapéuticos y diagnósticos con acceso directo desde el exterior, para evitar escaleras y ascensores a los pacientes ambulatorios, e invirtió una fuerte suma en la adquisición de equipamientos adecuados, dada la escasez de la cátedra en ese aspecto. Fue así como se instaló en el hospital universitario, desde su inauguración, bajo la dirección del Prof. Mario Cassinoni, el Departamento de Física Médica y Rehabilitación, ofreciendo un servicio sin parangón en nuestro medio. Los tratamientos realizados eran electroterapia, quinesioterapia e hidroterapia. La rehabilitación se hacía a través de psicología, terapia ocupacional, servicio social y asesoría vocacional. En el laboratorio también se realizaban estudios electrodiagnósticos cerebrales y neuromusculares.



Figura 116.- Mario Cassinoni. Primer Profesor de Física Médica y Director del Departamento de Física Médica y Rehabilitación del Hospital de Clínicas. (AFEG)

Funcionaba inicialmente para internados, realizando luego consultas y tratamientos ambulatorios. Se transformó en lugar de capacitación de los médicos especialistas y de todos los técnicos vinculados a la especialidad (fisioterapeutas, técnicos de EEG, etc.) que fueron de los iniciadores de la Escuela de Colaboradores del Médico.

Este departamento llevó a cabo, desde 1965, con la colaboración de la Asociación Para la Recuperación del Inválido (APRI), un programa de rehabilitación de enfermos con paraplejia. Los pacientes eran transportados diariamente al Hospital, desde sus hogares, donde permanecían varias horas, almorzando incluso en la Institución. El programa fue desarrollado por un equipo multidisciplinario.

Después de fallecido el Prof. Cassinoni en 1965, ocupó su lugar al frente de la Cátedra y del Departamento el Dr. Alvaro Ferrari Forcade (Fig. 117).



Figura 117.- Álvaro Ferrari Forcade. Sucesor de Cassinoni al frente de la Cátedra y del Servicio. (FDAN).

Luego de la instalación en el piso 2 del Instituto de Neurología, y durante un largo período, coexistieron dos equipos de Electroencefalografía en el Hospital. Uno estaba ubicado en el piso 2, a cargo de Bartolomé Fuster Casas, que realizaba los exámenes de los pacientes internados en el piso y los provenientes de la Policlínica Neurológica. El otro, en el Dpto. de Física Médica, estaba a cargo de Elio García Austt Negri, que estudiaba a los pacientes internados en el resto del Hospital y los provenientes de las Policlínicas Médicas y Quirúrgicas. En la década de 1970 se unificaron ambos servicios, quedando en la órbita del Instituto de Neurología todos los estudios diagnósticos de Neurofisiología Clínica.

Se habilitó el Taller de Terapia Ocupacional del Departamento de Medicina Física y se desarrollaron los trabajos destinados a la habilitación del Sector de Hidrobalneoterapia.

La especialidad de Fisiatría tuvo su origen en este Departamento de Rehabilitación y Medicina Física y en la cátedra de Física Médica, ya que el servicio evolucionó a una especialidad médica con responsabilidades propias. El Departamento también ha servido de ejemplo para la organización de otros servicios con similar finalidad, creados fuera del Hospital.

Del Servicio de Fisiología Obstétrica al Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP)

El servicio de Fisiología Obstétrica, que luego llevaría el nombre del "Prof. Dr. Bernardo A. Houssay" (Fig. 118), estuvo dirigido desde su inicio por el Prof. Dr. Roberto Caldeyro-Barcia (Fig. 119). Estaba ubicado inicialmente en el Servicio del Prof. Hermógenes Álvarez en el Hospital Pereira Rossell. En el segundo semestre de 1963 se instaló en el Hospital de Clínicas en el ala Oeste del piso 16, vecino al Servicio de Ginecotocología, ubicado en el ala Este (Fig. 120).



Figura 118.- Bernardo A. Houssay, Roberto Caldeyro-Barcia y Alfredo L. Palacios (embajador de Argentina) en momentos de designar con el nombre del primero al Servicio de Fisiología Obstétrica. (Gentileza Dr. Ricardo Fescina, actual Director del CLAP).

Este Servicio sería en los años sucesivos otra de las ventanas al mundo de la Medicina Uruguaya. Por él pasaría enorme cantidad de becarios, de todas las naciones, que llevarían por el mundo las enseñanzas del grupo uruguayo que había hecho fundamentales aportes al conocimiento de la

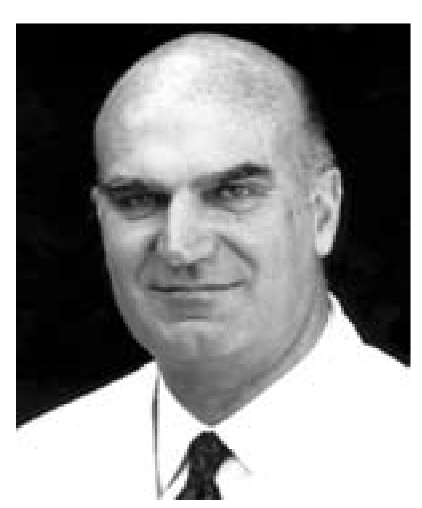


Figura 119.- Roberto Caldeyro-Barcia. Director del Servicio de Fisiología Obstétrica. (Gentileza Dr. Ricardo Fescina).



Figura 120.- Juan J. Crottogini (Profesor de Ginecotocología), Hugo Villar (Director del Hospital) y Roberto Caldeyro Barcia (Director del Servicio de Fisiología Obstétrica) en la instalación del Servicio en el Piso 16 del Hospital en 1963. (FDAN).



Figura 121.- Personal y colaboradores del Servicio de Fisiología Obstétrica en 1963 en una terraza del Hospital. (Gentileza Dr. Ricardo Fescina)

dinámica del parto, y a su monitorización, así como más adelante, a la creación de la Perinatología (Fig. 121). Este Servicio, a través de un convenio entre la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), el Ministerio de Salud Pública (MSP) y la Facultad de Medicina (Fig.122 y 123), primer convenio entre estas instituciones, pasaría a ser



Figura 122.- Bernardo A. Houssay, Abraham Horwitz (Director de OPS) y Roberto Caldeyro-Barcia. (Gentileza Dr. Ricardo Fescina).



Figura 123.- Con motivo del convenio con OPS/OMS firmado el 28 de julio de 1970 y por el que se originó el CLAP, se reúnen la Comisión Directiva del Hospital de Clínicas, su Dirección, y el Decano de la Facultad de Medicina con los representantes de OPS/OMS. Rodean la mesa, de izquierda a derecha: Román Arana, Luis Castillo, Abraham Horwitz, Julio Ripa, Hugo Villar, Aron Nowinski, Emilio Budnik, Pablo Carlevaro y Roberto Caldeyro. (FDAN).

un Centro Regional de la OPS, conocido como el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) (Fig. 124), que subsiste hasta hoy (Fig. 125).

El 28 de julio de 1970, tuvo lugar la inauguración formal del CLAP. En la ocasión el Decano de la Facultad de Medicina, Pablo V. Carlevaro, destacó dos aspectos del nuevo emprendimiento. En primer lugar, que se trataba de un esfuerzo de cooperación que involucraba a la Organización Panamericana de



Figura 124.- Personal del CLAP, año 1971. (Gentileza Dr. Ricardo Fescina).

la Salud a nivel continental, y al Ministerio de Salud Pública y la Facultad de Medicina a nivel nacional. En segundo lugar, que con el Centro se iniciaba una labor docente y de investigación de magnitud trascendente en el desarrrollo científico y social de la región, en una Universidad azotada por la falta de recursos.



Figura 125.- Control del embarazo en el CLAP. (AFHC).

El Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), que congregó obstetras, pediatras, fisiólogos y fisiopatólogos (Fig.126), tuvo su continuidad en la especialidad que abarcaba los problemas del recién nacido, la Neonatología. Si bien tenía desde tiempo atrás su propio perfil, fue a partir del CLAP que se organizó como especialidad, lo que dio lugar a la posterior formación de la cátedra, que incluyó los servicios de Recién Nacidos de los hospitales Pereira Rossell y Clínicas.



Figura 126.- Personal del CLAP y visitantes, año 1974. (Gentileza Dr. Ricardo Fescina).

Centro de Tratamiento Intensivo

Una vez aprobado el Programa de Asistencia Progresiva (que se verá más adelante) por la Comisión Directiva del Hospital de Clínicas en agosto de 1961, el Hospital se fijó como primer objetivo la organización del Centro de Tratamiento Intensivo. Fueron largos años de preparativos, incluyendo la meticulosa selección de los recursos humanos y del equipamiento necesarios y la adecuación de la planta física en el ala Este del piso 14, contando para ello con recursos presupuestales, siempre esquivos (Fig. 127). Fue ideada en esa oportunidad una forma de financiamiento público y privado, coordinando recursos de ambos sub-sectores para emprender una actividad crítica, necesaria y de alto costo. Fueron invitadas y aceptaron intervenir en su financiamiento, instituciones del sector asistencial privado, como el Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay y la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos, y del sector público, el Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Lamentablemente estas colaboraciones no duraron lo deseado, pero constituyeron una de las primeras experiencias de coordinación e integración de servicios, que tardaría muchas décadas en reproducirse en otros emprendimientos.


Un Nuevo Centro de Tratamiento Intensivo Crearian en el Clinicas

Figura 127.- Ya desde 1965 se anunciaba que se estaba trabajando en la creación de un Centro de Tratamiento Intensivo. (FDAN).

El 22 de diciembre de 1969, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), con la ayuda de la Fundación Kellogg, de Battle Creek, Michigan, y la colaboración técnica del Hospital de la Universidad de Michigan en Ann Arbor, aprobó el convenio por el cual se patrocinó el proyecto de promoción del desarrollo de la Asistencia Progresiva en los hospitales universitarios de América Latina.[62] Con tal objetivo colaboró en la instalalción de seis unidades de cuidados



Figura 128.- Aprendizaje de técnicas de reanimación, con participación de todos los integrantes del CTI. (FDAN).

intensivos en otros tantos hospitales sudamericanos, de Brasil (Hospital das Clinicas, Belo Horizonte), Chile (Hospital José Joaquín Aguirre, Santiago), Colombia (Hospital San Juan de Dios, Bogotá) Perú (Hospital de El Callao, Lima), Uruguay (Hospital de Clínicas) y Venezuela (Hospital Universitario, Maracaibo).[63]

En marzo de 1970 HugoVillar, Director del Hospital de Clínicas, formó un grupo de trabajo de enfermeras universitarias para la organización del funcionamiento futuro de la Unidad, con Dora Ibarburu, Erica Fischer y Altamira Rodríguez. En mayo de 1971 comenzó la etapa de puesta en marcha del CTI (Figs. 128 y 129) y el 9 de agosto se asistió al primer paciente crítico, el que fue



Figura 129.- En el adiestramiento de las enfermeras participaron técnicos extranjeros vinculados a las firmas proveedoras de los equipos. (FDAN).



Una Maravillosa Obra por la Vida Humana

Figura 130.- Comentarios de la prensa ante la inauguración del CTI. (FDAN).

ubicado en la Cama 9 de la Sala 4 del Piso 14. La inauguración oficial del CTI fue en diciembre de 1971 (Fig. 130). El cuerpo médico quedó integrado por Hernán Artucio, Ricardo Caritat, Humberto Correa, Tabaré González, Norma Mazza, Raúl Muchada, Rodolfo Panizza y Mendel Wolyvovics. Su primer Coordinador fue el Prof. Hernán Artucio Urioste. La jefa de enfermeras era Erica Fischer.

Este CTI se habilitó con 18 camas dispuestas en cubículos individuales separados por mamparas vidriadas en su parte superior, cuatro de las cuales fueron de uso preferente para pacientes coronarios (Fig. 131).

La importancia de este CTI quedó demostrada rápidamente con la aparición de unidades similares en los centros asistenciales públicos y privados más importantes. En todos ellos se designó personal que en su mayoría, médicos y enfermeras, habían sido capacitados en el Hospital de Clínicas. La demanda creciente de médicos intensivistas con la aparición de los CTI del interior llevó a la creación de la Cátedra de

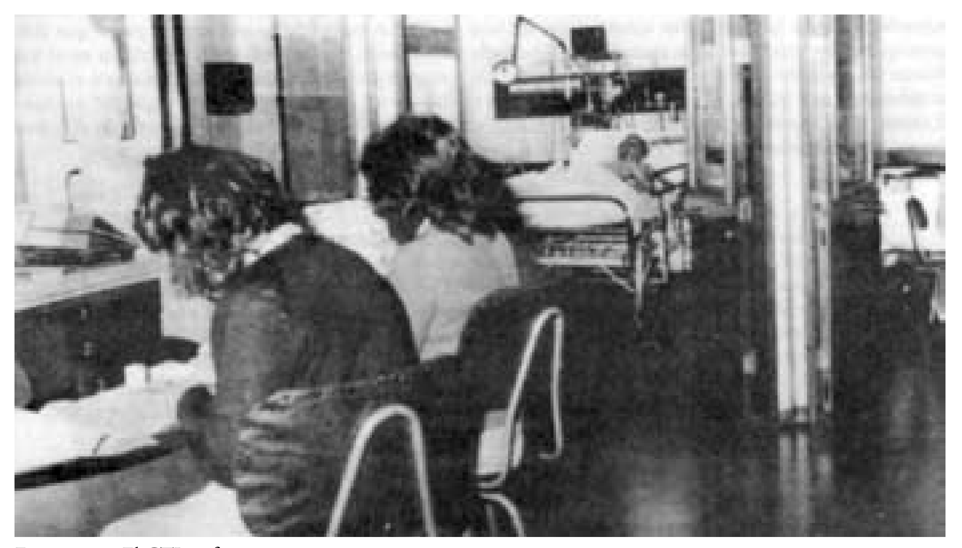


Figura 131.- El CTI en funcionamiento.

Medicina Intensiva, cuyo primer Profesor fue el director del CTI del Clínicas, Hernán Artucio, y al comienzo de la especialidad de Medicina Intensiva, otra especialidad nacida en el Hospital de Clínicas.

Departamento de Odontología

En el año 1952, en una revista del Centro de Estudiantes de Odontología, apareció un artículo titulado "Consideraciones sobre asistencia odontológica en el Hospital de Clínicas. Su vinculación con la Facultad de Odontología", en el cual se transcribe un informe de la Dra. María Inés Navarra presentado a la Sala de Profesores de la Facultad. De ese extenso informe se extraen los siguientes párrafos:

> *"La odontología en el Hospital de Clínicas. En un Hospital Universitario la Odontología estaría bajo la dirección de la Facultad correspondiente, lo que permitiría corregir deficiencias que existen en la enseñanza y en la asistencia, obteniendo repercusión favorable en el estado de salud bucal de nuestro pueblo.*
> *La colaboración con el médico en la asistencia y el material humano del hospital, muy distinto al de la Facultad de Odontología, así como los datos de los ficheros comunes, harían adelantar la ciencia odontológica en su rama profiláctica y en todo lo relacionado con la higiene. Esta conexión puede y debe hacerse, y sin duda se hace parcialmente en Salud Pública pero realizada intensamente por los profesores tendría el valor de su propagación rápida a las nuevas generaciones de profesionales, dándole mayor trascendencia.*
> *El Hospital Universitario proporcionaría al profesor de la Facultad de Odontología el valioso material de la asistencia médica y permitiría crear una policlínica odontológica experimental dando al alumnado el complemento de su preparación. Recibirían con ello la Odontología y su docencia el material para trascendentes reformas."*
> *El estudiante de Odontología no está en contacto con los elementos realmente necesitados de la población. Excepción hecha de las extracciones, la preocupación por la asistencia odontológica no aparece hasta que la vida adquiere cierta ordenación. El contacto con los enfermos de hospital les daría noción de las necesidades de la población y de su deber de resolverlas".*[64]

La creación del Departamento de Odontología en el Hospital de Clínicas no llenó las expectativas enunciadas por la Dra. Navarra. Tuvo una finalidad decididamente técnica, y las posibilidades de docencia a los estudiantes de Odontología quedaron muy acotadas.

El Departamento de Odontología estuvo dirigido inicialmente por los Dres. J. C. Sassi y César Pebé. Durante 1965 se le habilitó el Sector de Operatoria Bucal. Se instaló para ello un nuevo local preparado al efecto en el piso 1º y equipado con sillón odontológico y lámpara de iluminación adquiridos años

antes. Con esta habilitación, se abrieron nuevas perspectivas para la asistencia odontológica que se podría desarrollar de ahí en delante de manera más completa. Durante el período quedó integrado el personal asignado presupuestalmente al Departamento.

En el informe estadístico anual 1974, que refleja los datos registrados durante el año 1973, constan las siguientes atenciones en el Departamento de Odontología del Hospital:

Asistencias	4.516
Ingresos	1.792
Urgencias	300
Internados	793
Ambulatorios	3.723
Fichas censales	272
Egresos (altas)	531
Rayos X	191
Sección Operatoria Dental	
Detartrajes	117
Silicatos	31
Amalgamas	85
Eugenatos	474
Cementos	14
Jackets	2
Prótesis parciales removibles	4
Prótesis completas	1
Rebasados	2
Educación sanitaria	57
Sección Ortopedia	
Asistencias	755
Nuevos	11
Aparatos colocados	14
Controles de tratamientos	661
Placas obturadoras (fisurados)	64
Sección Cirugía Maxilar y Exodoncias	
Avulsiones simples	2.368
Intervenciones máxilo-dentales*	70

* Estas intervenciones comprenden: reducción de fracturas maxilares, cistectomías, frenectomías, retenidos, alveolectomías, apicectomías, mesiodens, avulsiones múltiples, avulsiones a colgajo, cierre comunicación buco-sinusal, reimplantes dentarios, sinusitis de origen dentario.

Aportes innovadores

El Hospital de Clínicas en estos años no solo era el mejor equipado del país sino que en él trabajaban un conjunto de técnicos de las más diversas especialidades que gozaban, muchos de ellos, de un amplio reconocimiento en el ambiente médico nacional e internacional. El reiterado concepto popular de que en el Hospital de Clínicas "estaba la ciencia" tenía su fundamento. Ello llevó a que fuera el destino de los pacientes más graves y más complejos. Los servicios clínicos vieron enormemente enriquecidos su experiencia con estos casos y alrededor de estas situaciones se hicieron numerosos aportes originales al conocimiento médico. Muchos de ellos ya han sido mencionados al pasar revista a las clínicas y departamentos asistenciales. Sería imposible abarcar en detalle los aportes hechos por cada una de ellas, pues seguramente las ausencias superarían las presencias. Ya se ha señalado cómo este trabajo llevó a la creación de diversas especialidades médicas y quirúrgicas y a estar en la vanguardia de la incorporación de técnicas y procedimientos. En este momento interesa reseñar algunos de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos ensayados por primera vez en el Hospital. En ausencia de documentos, se ha recurrido a la memoria y escritos[65] del Dr. Raúl Praderi, testigo y protagonista de muchos de ellos y a los recuerdos de actuales y antiguos directores de las cátedras.

En el área cardiológica ya se han mencionado las innovaciones a nuestra medicina: angiocardiografías, cateterismos, coronariografías, estudios de hemodinamia, estudios ergométricos, cirugía cardíaca a corazón abierto y revascularización coronaria. Aquellos procedimientos que no se hicieron por primera vez en el Hospital, alcanzaron en él su mejor nivel y se multiplicaron los pacientes beneficiados.

En el Servicio de Sangre y Plasma se realizaron: el primer trasplante de médula ósea en 1961, la primera transfusión de plaquetas y la atención centralizada del paciente hemofílico, con el agregado de la preparación del crioprecipitado para su tratamiento más eficaz.

De gran trascendencia fue el primer trasplante renal, realizado en 1969, al que siguió la planificación y posterior realización de otros trasplantes, de varios órganos, en años posteriores.

En lo relativo a trasplantes, éstos habían comenzado años antes con los trasplantes de córnea llevados a cabo por Raúl Rodríguez Barrios, iniciando un proceso de conservación de órganos y tejidos cadavéricos que culminaría con la formación en 1977 y la inauguración en 1978 del Banco Nacional de Órganos y Tejidos, actual Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Células, Tejidos y Órganos (INDT), y la Ley que regula los procedimientos a seguir.

En cirugía oncológica, Julio César Priario, Profesor Agregado de la Clínica Quirúrgica B y luego Profesor Emérito, introdujo varias técnicas nuevas

para nuestro medio. En colaboración con la Clínica Endocrinológica del Prof. Alfredo Navarro y la Cátedra de Oncología del Prof. Helmut Kasdorf la suprarrenalectomía bilateral para cáncer avanzado de mama y de próstata. La técnica de perfusión con circulación extracorpórea en los melanomas de los miembros y la técnica de infusión intraarterial en el cáncer de cuello y cabeza. Creó además la Unidad de Melanoma, elegida como referencia por la Organización Mundial de la Salud en 1970.

En cirugía vascular, Eduardo Palma, durante su breve estadía en el Hospital, introdujo su autoinjerto de venas en las arteriopatías y el by-pass cruzado de vena. Carlos Ormaechea y Raúl Praderi, integrantes de la Clínica Quirúrgica A de Abel Chifflet, hicieron en febrero de 1957 el primer injerto exitoso de aorta abdominal cadavérica en Sud América. El mismo Ormaechea efectuó el primer injerto de carótida. Con la colaboración de Raúl y Luis Praderi, Ormaechea desarrolló la cirugía de la hipertensión portal. El equipo llevó a cabo las primeras anastomosis porto-cava en sus diversas formas incluyendo la mesentérico-cava.

Raúl Praderi, que actuó en el Hospital de Clínicas desde 1956 hasta 1976 en distintos cargos de Clínica Quirúrgica y de Emergencia, aportó diversas técnicas quirúrgicas originales. Entre ellas, la de mayor trascendencia internacional por su originalidad fue la de intubación transhepática, desde 1962, con sus diversas variantes. Fue cirujano de referencia nacional para los problemas graves de la vía biliar y sus complicaciones. Introdujo la gastrectomía intrahemorrágica por úlceras de stress, en una época en que este tipo de úlceras abundaba. También realizó las primeras trombectomías de la vena ilíaca y las primeras anastomosis linfo-venosas (operación de Lemos Torre).

Walter Suiffet realizó la primera duodenopancreatectomía en el país.

En cirugía neurológica se comenzó a hacer por primera vez el abordaje anterior de columna cervical para patología degenerativa, el abordaje transesfenoidal para tumores de la región selar, se introdujo la derivación ventrículo- peritoneal con válvula de Holter y una vez incorporado el microscopio quirúrgico en 1972 se generalizó su uso en cirugía de aneurismas y posteriormente en todo tipo de neurocirugía.

El microscopio quirúrgico también fue utilizado en otras especialidades. Precedió al uso neuroquirúrgico su uso en cirugía otológica y en oftalmología. Posteriormente, en 1977, se incorporó a la rutina quirúrgica de cirugía reparadora vascular y nerviosa.

Entre los métodos diagnósticos, fuera de los radiológicos ya comentados, se incorporaron, entre otros, la punción citológica de mama, las punciones biópsicas renal y hepática, el linfocentellograma en el melanoma cutáneo y se extendió la ventriculografía central.

CAPÍTULO XV

SERVICIOS ASISTENCIALES:
III) SERVICIOS TÉCNICOS PARAMÉDICOS*

Departamento de Enfermería
Departamento de Historias Clínicas y Estadística Médica
Departamento de Admisión de Enfermos
Departamento de Farmacia
Departamento de Alimentación
Departamento de Servicio Social

El Departamento de Enfermería

La Comisión del Hospital de Clínicas contrató en 1951 a la Nurse María Julia Pepe de Oronoz (Fig. 132) para estudiar la resolución de los problemas de Enfermería en el Hospital. Al año siguiente, 1952, se contrató para colaborar con Pepe a Irma V. Batto y María Angélica Martínez de Galli (Fig. 133), también nurses. La última mencionada, junto con el Dr. Helvecio Tabárez, trabajó especialmente en el diseño y funcionamiento del Centro de Materiales.

Previa a la habilitación del Hospital se decidió llamar a aspirantes para 5 cargos de Enfermeras Supervisoras y un cargo de Asistente del Dpto. Enfermería. El cargo de Asistente Jefe pasó a ser desempeñado por la nurse Pepe acorde con la opinión del Tribunal integrado por los Profs. Juan Carlos del Campo y Pablo Purriel y la Nurse Dora Ibarburu. Sin embargo, poco tiempo después por

* Actualmente denominados "Servicios técnicos no médicos".



Figura 132.- Nurse María Julia Pepe de Oronoz recibe diploma de Guillermo Almenara, director del curso de Administración Hospitalaria. (FDAN).

igual mecanismo de llamado, la nurse Pepe de Oronoz pasó a ocupar el cargo de Jefe del Dpto. de Enfermería, retroactivamente a partir del 1º de enero de 1954. Corresponde a ella el mérito de ser la primera jefa de un Dpto. de Enfermería en nuestro país y permaneció en el cargo durante 7 años.



Figura 133.- Nurse María Angélica Martínez de Galli recibiendo diploma de Guillermo Almenara, director del curso de Administración Hospitalaria. (FDAN).



Figura 134.- Nurse Dora Ibarburu, Jefe del Departamento de Enfermería del Hospital de Clínicas a partir de julio de 1962. (FDAN).

En 1961 se realizó la definición escrita de los propósitos y funciones del Departamento de Enfermería. Se efectuó la descripción del cargo de Jefe del Departamento. Se modificaron las normas para la selección del cargo de jefatura, estableciendo el llamado abierto que daba posibilidades de obtener la persona de mayor capacidad del ambiente. Se efectuó el llamado a concurso y fue seleccionada la Nurse Dora Ibarburu como Jefe del Departamento (Fig. 134), cargo que ocupó desde julio de 1962. En el desempeño de sus funciones Ibarburu confirmó su reconocida capacitación profesional, y sus aptitudes para cargos de dirección.* Cumplió su trabajo con dedicación integral, enorme sentido de responsabilidad, gran capacidad administrativa, alto sentido docente, excelente eficacia y una inquietud permanente de progreso y perfeccionamiento. Resultaría una colaboradora de excepción para el trabajo de la Dirección del Hospital.

El Departamento de Enfermería pasó a abarcar, aparte de las dotaciones de enfermería en los servicios asistenciales, las oficinas centrales del Departamento, en la Planta Baja del bloque principal, y el Centro de Materiales en el piso 18, encargado del lavado y de la preparación, esterilización y distribución de los equipos y materiales estériles.

Desde la incorporación de Ibarburu, en julio de 1962, se inició un plan de trabajo, del cual se exponen aunque de forma esquemática, lineamientos generales y las principales acciones desarrolladas.

En primer lugar se desarrolló un buen programa de orientación mediante entrevistas, observación y análisis de documentos. Los objetivos trazados en función de los problemas encontrados, y las acciones necesarias para alcanzarlos fueron clasificados según se vincularan a las funciones asistenciales, administrativas y docentes.

* Sus antecedentes docentes y profesionales serán expuestos con amplitud en el Capítulo XXII.

Funciones asistenciales: El primer objetivo fue revisar las normas técnicas, actualizarlas y formular manuales que sirvieran de guía al personal. La acción desarrollada en este sentido fue la formación de un Comité de Procedimientos Técnicos integrado por Enfermeras Jefes de Sector, Enfermeras de la Escuela Universitaria de Enfermería y de los Cursos de Auxiliares de Enfermería.

El segundo objetivo fue promover el trabajo en equipo, para lo cual se efectuaron las siguientes acciones: presentaciones de pacientes en Ateneos de Enfermería con participación del médico tratante, enfermera, dietista y asistente social; y entrevistas con profesores para obtener información sobre problemas del Servicio de Enfermería.

El tercer objetivo fue formular la Doctrina del Departamento respecto a lo que se entiende por cuidado integral, para lo cual se realizaron: 1º) Ateneos de Enfermería: para unificar criterios y aclarar conceptos. 2º) Discusión en reuniones de supervisoras. 3º) Visitas de enfermería durante las cuales la enfermera informa sobre los cuidados realizados a cada paciente, procurando así estimular la participación de la enfermera en el cuidado directo del enfermo.

El mejoramiento de la atención de enfermería fue encarado a través de: 1º) La supervisión y evaluación del servicio mediante las visitas de enfermería en las que se aprecia en forma directa el servicio prestado. 2º) La revisión y actualización de las normas técnicas para lo cual se formó un comité de trabajo que tiene como funciones no sólo mejorar las técnicas ya establecidas sino estudiar nuevas técnicas que una vez aprobadas pasan al Comité de Educación para ser enseñadas. 3º) El mejoramiento de la continuidad del servicio de enfermería mediante buenas comunicaciones orales y escritas entre los cuatro turnos en que se presta el servicio, en el pase de guardia, lo que llevó a establecer normas cuya aplicación permitió mejores resultados. 4º) La determinación de los "Índices de Cuidado de Enfermería" (horas por paciente) en 24 horas ha sido fundamental para la formulación de los objetivos del Servicio.

Funciones de administración de recursos: Con el fin de establecer una estructura definida del Departamento, se procedió a describir y actualizar los cargos, establecer reuniones formales de personal a todos los niveles, centralizar la administración del personal, facilitar las comunicaciones entre el personal para favorecer la continuidad del cuidado, utilizar el tiempo del personal de enfermería en funciones específicas, ampliar normas, unificarlas y darlas a conocer para orientar la supervisión nocturna, establecer un programa de evaluación para todo el personal y conocer los equipos existentes y el consumo de materiales.

Para la mejor utilización de los recursos humanos de enfermería en aquellas tareas para las que están especialmente capacitados, vale decir, el cuidado del paciente, se organizó un servicio de mensajería centralizado para todos aquellos desplazamientos que es necesario hacer desde las salas de hospitalización a

los servicios de Radiología, Laboratorio, Medicina Física, Farmacia, Consulta Externa, etc., con ayudantes de servicios generales.

La administración de los recursos materiales se realizó en materia de: 1º) Asesoramiento permanente en la adquisición de equipos y materiales de enfermería utilizando criterios tales como adaptabilidad a los objetivos, versatilidad, durabilidad y costo. 2º) Mantenimiento de los equipos que les han sido confiados a Enfermería, que se realiza a nivel de la unidad correspondiente y del Centro de Materiales. 3º) Previsiones anuales para las cuales se analizan los consumos y su tendencia.

Un lugar importante ocupa el Centro de Materiales en la administración de los recursos materiales tanto en la preparación de los equipos como en la mejor provisión a los servicios, en el sistema de trueque, en la cantidad de material blanco de reserva para ser utilizado en casos de emergencia.

Funciones docentes: Para satisfacer esas necesidades, fueron desarrolladas las siguientes acciones: 1º) Programas de orientación para los diversos niveles. 2º) Cursos de capacitación para personal profesional y no profesional. 3º) Ateneos de Enfermería. 4º) Becas para cursos de post-grado, a enfermeras profesionales. 5º) Becas a auxiliares de enfermería para realizar el Curso completo de Enfermería profesional. 6º) Publicaciones de carácter docente. (Fig. 135 y ver Capítulo 22)

El Departamento ha promovido cursos de especialización en el extranjero para varias de sus enfermeras, destacando entre ellas la especialización en Oncología en el Royal Marsden Hospital de Londres y en el cuidado intensivo de pacientes cardiovasculares en la Clínica Mayo, Rochester, Minnesota, EEUU.

Las enfermeras seleccionadas para el Centro de Tratamiento Intensivo, que habría de iniciar sus actividades asistenciales en abril de 1971, recibieron adiestramiento a cargo de médicos especialistas en cardiología, neumología, nefrología, neurología y otras áreas, y también a cargo de las enfermeras especializadas en cuidados intensivos, Florence Johnston y Arlene Howe, enviadas por la OPS.

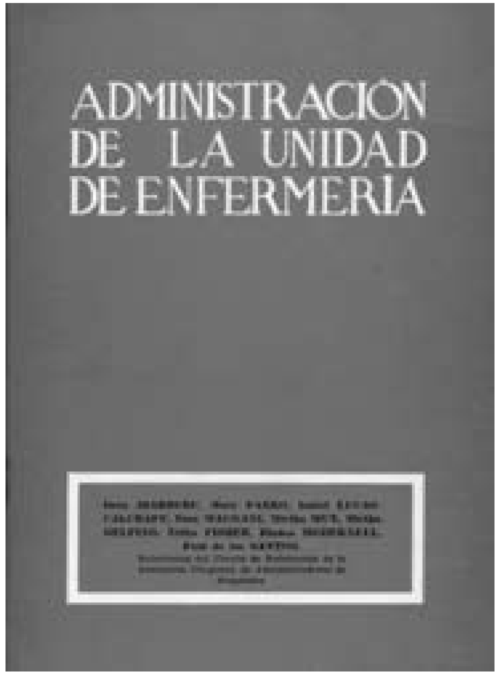


Figura 135.- Publicación docente de Dora Ibarburu y colaboradoras. (FDAN).

Además de la función educativa cumplida por el Departamento

con su personal, que ya fue señalada, se desarrolló una intensa colaboración docente con las instituciones de enseñanza que utilizaron el Hospital como campo de práctica, entre las que pueden mencionarse las siguientes: Escuela de Colaboradores del Médico para aprendizaje de alumnos de auxiliares de enfermería; Escuela Universitaria de Enfermería para alumnos del curso básico y del curso de graduados; Escuela de Sanidad del Ministerio de Salud Pública para alumnos de auxiliares de enfermería; Escuela "Dr. Carlos Nery"; Escuela Universitaria de Enfermería de Buenos Aires; Escuela Universitaria de Enfermería del Litoral (Rosario, Santa Fe, República Argentina); Cursos sobre Administración organizados por el Hospital. También se colaboró con enfermeras graduadas nacionales y extranjeras que llegaron al Hospital con la finalidad de conocer la administración del Departamento o el funcionamiento de Unidades especiales como Centro Quirúrgico, Centro de Materiales, etc.

Otra labor educativa que se cumplió en forma programada fue la dirigida a pacientes. Debe destacarse entre otras, la que se realizaba con madres del Servicio de Ginecotocología, en la preparación psicoprofiláctica del parto y en puericultura, que en otras instituciones estaban a cargo de parteras.

El Departamento realizó además cursos de administración de inyectables para estudiantes de Medicina de 3er. año.

Funciones de investigación: Se comenzó a aplicar en Enfermería, el método científico para investigación de problemas. Los problemas estudiados fueron: 1º) Forma de utilización del tiempo disponible para el trabajo en Centro



Figura 136.- Grupo de nurses del Hospital de Clínicas. De izq. a der.: Marta Röemer, Alba Luccini, Donna Ilieff, Erika Fischer, Delia Rívoir, Selva Salaverría, Pilar Serrat, Teresa Padula, Mafalda Desteffanis (primera fila); Lilián Juan, Mirtha Mut, Hilaria Amarillo (segunda fila). Década de 1970. (ADSS).

Quirúrgico. 2º) Factores de demora en los estudios complementarios de diagnóstico. 3º) Estudios sobre Índices de Cuidado de Enfermería por paciente en 24 horas. Los únicos índices conocidos, eran los elaborados en los EEUU, ya que en esa época no había estudios realizados en América Latina. 4º) Participación en un grupo de trabajo sobre "Ausentismo del personal de Enfermería del Hospital de Clínicas".[66]

Anualmente las enfermeras Jefas de Sector orientadas previamente por la Jefatura del Departamento, presentaban un plan de trabajo en forma escrita, y al terminar el año elaboraban un informe sobre el trabajo realizado, que servía al mismo tiempo de instrumento de comunicación y de auto-evaluación.

Este programa de orientación fue un importante factor en la constitución en el Hospital de un excelente plantel de enfermeras universitarias (Fig. 136), reconocidas a nivel nacional e internacional, lo cual quedó demostrado durante la Dictadura por la facilidad con que conseguían trabajo en Europa, Canadá y Australia las enfermeras exiliadas.

Departamento de Historias Clínicas y Estadística Médica

Este Departamento desarrolló su actividad con gran eficiencia, seguramente al nivel de los mejores del Continente. El mismo estuvo siempre a cargo de la Dra. Renée Minatta (Fig. 137), que había tenido antes a su cargo la organización y dirección del archivo clínico del Prof. Dr. Pedro Larghero Ybarz, en su



Figura 137.- Renée Minatta. Jefe del Departamento de Archivo Médico y Estadística del Hospital de Clínicas. (FDAN).

Servicio de Clínica Quirúrgica del Hospital Pasteur, que fue modelo en el país y acumuló más de 50.000 historias clínicas de la mejor calidad.[67] En 1951 fue contratada por la Comisión del Hospital de Clínicas para elaborar un plan de organización del servicio de Archivo Médico. Aceptada la propuesta de Minatta, se procedió a llamar a aspirantes a los cargos de dirección y a organizar un curso de formación de las futuras archivistas del Departamento de Archivo Médico y Estadística del Hospital. En cuanto a la forma de provisión de los cargos, se establecieron estas condiciones para cada uno de ellos:

1) Jefe: llamado a aspirantes entre médicos.
2) Asistente: llamado a aspirantes entre médicos.
3) Auxiliares de Archivo:
    a) ascenso de auxiliares que hayan obtenido el diploma
    b) concurso entre los que han obtenido el diploma".[68]

Para el cargo de jefatura se designó, como se ha señalado, a la Dra. Renée Minatta (Fig. 138). Para el cargo de Asistente de este Departamento de acuerdo al informe de la Comisión Asesora, se resolvió designar a la Dra. Deolinda Margot Souza de Cardeza.[69]



Figura 138.- Como otros jefes de repartición, Minatta asistió al Curso de Administración Hospitalaria dictado por Hugo Enríquez. De izquierda a derecha: Hugo Enríquez, Renée Minatta, Aron Nowinski, Mario Cassinoni. (FDAN).

En 1953 el Dr. Tabárez, como encargado de la dirección interina del Hospital trasmitió la opinión de la Dra. Minatta acerca de la necesidad de realizar un nuevo llamado a aspirantes para desarrollar un curso intensivo para auxiliares del Departamento de Archivo Médico y Estadística del Hospital de Clínicas.[70]

Este Departamento de Archivos Médicos y Estadística ha sido uno de los *servicios insignia* del Hospital de Clínicas y contribuyó no sólo a mejorar la atención del Hospital Universitario, sino de aquellas otras instituciones del país que aspiran a mejorar la calidad de la atención; máxime si tenemos en cuenta los altos niveles que ha alcanzado la hiperespecialización en el mundo, de manera que la Historia Clínica contribuya a concatenar la acción de los muy variados profesionales trabajadores de la salud. Proporcionó con regularidad, prontitud y exactitud toda la información de estadística médica necesaria para el trabajo de la Dirección. Se complementaba en su trabajo con un Departamento de Admisión de acción muy eficaz, a pesar de las naturales dificultades que derivan de la naturaleza de su trabajo, sometido a exigencias y reclamos que sobrepasan siempre las posibilidades cuantitativas del Hospital. Ambos funcionaron a entera satisfacción de la Dirección. Este Departamento fue una apoyatura fundamental para los trabajos de investigación clínica llevados a cabo por los diferentes servicios del Hospital y también para las Tesis y trabajos científicos de los profesionales, que recurrieron durante décadas a su respaldo documental, tan bien organizado, para reunir los casos de determinada patología y efectuar sus análisis detallados.

Debemos mencionar aquí, porque es un antecedente valioso por la inclusión de los derechos del paciente y la necesidad de altos índices de calidad en la atención del mismo, el trabajo realizado años antes por Aron Nowinski y Juan Carlos Secondi[71] (Fig. 139). Se trata de una traducción de un capítulo del *Manual of Hospital Standardization* del American College of Surgeons.[72] Constituye una base de trabajo para los que se inicien en esta disciplina y también es una descripción general para los médicos y estudiantes interesados en la materia, como lo señala el prólogo.



Figura 139.- Traducción de un capítulo del *Manual of Hospital Standardization* del American College of Surgeons. (FDAN).

Hasta el 31 de diciembre de 1972, el Departamento de

Historias Clínicas y Estadística Médica tenía 341.000 historias clínicas registradas, de las cuales 12.500 en el último año, lo que había obligado a ampliar estanterías y a disponerlas siguiendo un nuevo sistema que permitiera el mejor aprovechamiento del espacio destinado a su archivo. Cabe señalar que en esta época no se aplicaban en el medio procedimientos de microfilmación o digitalización de imágenes que permitieran el almacenaje y consulta automatizada de la documentación, siendo el papel el único soporte utilizado.

La sala de lectura de historias clínicas fue utilizada cada vez con mayor frecuencia por médicos y estudiantes para la preparación de trabajos científicos y concursos. En los años 1971 y 1972 sumaron casi 30.000 las historias utilizadas para trabajos, solicitadas por los Servicios. A pedido, la sección Estadística realizaba trabajos de documentación individual de tareas realizadas en el año por cirujanos y obstetras.

En 1966 y en 1970 el Departamento realizó estudios sobre la atención médica en los Consultorios Externos de los diferentes Servicios del Hospital, que permitieron un mejor conocimiento de su dinámica como etapa previa a una mayor racionalización de sus actividades.

En 1967 se realizó un curso sobre Registro de Cáncer, y el seguimiento (*follow-up*)de los pacientes oncológicos, a cargo de dos especialistas ingleses, los Dres. Payne y Hersey, en cuya génesis estuvo el Prof. Agdo. Dr. Julio C. Priario.

Departamento de Admisión de Enfermos

Se generó la creación del Departamento de Admisión, que estuvo dirigido por la Dra. Margot Souza de Cardeza, el cual funcionó separadamente del de Archivo de Historias Clínicas y Estadística Médica, en forma eficiente y a entera satisfacción de la Dirección.

Las estadísticas de ingresos de los últimos años del período demuestran que el 60% de los pacientes hospitalizados procedían de Montevideo y 40% del interior, de los cuales 40% eran del departamento de Canelones. El 35% de los pacientes eran mayores de 60 años. Los diagnósticos más frecuentes al ingreso fueron, en orden descendente: afecciones cardiovasculares y cerebrovasculares, traumatismos e intoxicaciones, neoplasmas, afecciones de vías biliares, afecciones broncopulmonares. La tercera parte de los ingresos se hicieron por Consulta Externa y las dos terceras partes por Emergencia. Del total de pacientes ingresados, casi el 60% carecían de Carnet de Asistencia expedido por el Ministerio de Salud Pública.

Departamento de Farmacia

Para la instalación de la Farmacia del Hospital se recurrió al asesoramiento de la Facultad de Química y Farmacia, luego de lo cual se estructuró, se reglamentó y se puso en funcionamiento la dependencia denominada Departamento de Farmacia. Esto sucedió luego que la Asamblea del Claustro de la Facultad de Química y Farmacia declarara:

"Que la Farmacia del Hospital de Clínicas, así como la preparación de todo medicamento, y los laboratorios de análisis, deben quedar a cargo de la Facultad de Química y Farmacia para organización de un Instituto Farmacéutico Modelo con fines docentes y científicos, además del técnico".[73]

Aspiración que solo se cumplió en parte.

El Departamento de Farmacia se concibió como un Servicio técnico especializado en la elaboración y/o suministro de medicamentos, como actividad primaria, pero también comprometido con la docencia, la investigación y el asesoramiento en su área. Fue el primer hospital, y hasta ahora el único en el país que produjo los fármacos y elementos empleados en el tratamiento de los pacientes, tanto hospitalizados como de consulta externa. Su dirección estuvo a cargo del Prof. Dr. Otto González Correa, docente de la Facultad de Química y Farmacia, que fue un referente en el país y la región en la organización de la farmacia hospitalaria, tal como en el Hospital fue concebida y realizada.

Los *objetivos* del servicio fueron orientados hacia tres sectores de actividad bien diferenciados: asistencia, educación e investigación. Los objetivos determinaron *funciones* muy variadas:

En materia de asistencia: atender todas las solicitudes de drogas, productos químicos y medicamentos, ya sean fórmulas magistrales, oficinales o especialidades farmacéuticas, verificando que se ajusten a las normas establecidas; elaborar materias primas y medicamentos de adquisición antieconómica, estudiando la conveniencia de fabricarlos a una escala adecuada.

A nivel de educación: desarrollar programas de educación relacionados con la actividad técnica y científica del servicio farmacéutico, aplicables a grupos del propio servicio u otros sectores del hospital; realizar, en coordinación con servicios farmacéuticos de otros hospitales, programas educativos que cubran campos de la farmacología hospitalaria u otros asuntos relacionados; colaborar con las autoridades sanitarias en programas de divulgación, por ejemplo, sobre el empleo indiscriminado o el abuso de ciertos fármacos, narcóticos y otras drogas de uso peligroso.

En el ámbito de la investigación: realizar investigaciones tendientes a solucionar los problemas técnicos del propio servicio; mejorar y perfeccionar sus

preparaciones; buscar mejores soluciones técnicas y económicas dentro y fuera del servicio; propiciar reuniones y publicaciones científicas o de información técnica para uso interno del servicio o de otros servicios.

En cuanto a la organización, el Servicio se fundó en las necesidades de un *hospital mayor* (más de 500 camas) y de un *hospital universitario,* lo que determinó una organización más completa, con secciones y sectores especializados que básicamente se dividían en una Dirección del Servicio, un Sector Administrativo, un Sector Docente y otro Sector Técnico.

La Dirección y la Subdirección tenían la supervisión general de los diversos sectores, y se acompañaban de una sección analítica.

Del Sector Administrativo dependían Secretaría, Contabilidad, Depósitos, Estupefacientes y psicofármacos, y Materiales.

El Sector Docente incluía Información, Biblioteca y Publicaciones.

Del Sector Técnico dependían el Laboratorio General, el Despacho, y las Secciones: Inyectables, Sala de esterilización y preparación, Envasado y Sectores semi-industrial, industrial y planta piloto.

Produjo a lo largo de un extenso período los productos de consumo farmacéutico del hospital, generando una importante economía de recursos, atento al porcentaje que en el presupuesto general del hospital representaba el consumo de medicamentos.

Para trasmitir una idea aproximada del volumen de la elaboración de la farmacia propia del Hospital, en el año 1973 produjo:

3.448 litros de jarabes y pociones, jarabes intermediarios, emulsiones y suspensiones, gotas, tinturas y soluciones, para uso interno.

11.037 litros, de lociones y soluciones, soluciones intermedias, emulsiones y suspensiones, productos de uso en ORL, reactivos, antisépticos y enemas.

497 kgs de pomadas, 44.500 supositorios y 960 óvulos, para uso externo.

En medicamentos envasados, en diferentes volúmenes, un total de 30.289 frascos, desde 10 cc hasta 1.000 cc.; 3:353.810 comprimidos elaborados en el Departamento, incluyendo 667.770 adquiridos.

Entre las preparaciones magistrales, se atendieron 1.130 órdenes y se prepararon 1.583 fórmulas.

En la Sección Despacho, se atendieron 7.820 recetas y recetarios para Salas; 60.392 recetas para policlínicas y 3.541 recetas de antibióticos, totalizando 71.753 órdenes atendidas.

En la Sección Inyectables se elaboraron 55.769 litros de sueros; 31.045 frascos de envases multidosis; 103.000 ampollas; 7.862 colirios esterilizados.

De los medicamentos controlados, se emplearon los siguientes estupefacientes: 894 ampollas de morfina; 689 de atropomorfina; 2.649 frascos de codeína inyectable, y 22.620 comprimidos de dionina.

En materia de antibióticos utilizados: se produjeron 3.096 frascos de 500.000 UI de Penicilina Cristalina, 89.220 de 1:000.000 UI, 5.490 de 5:000.000 UI, 5.494 de Penicilina Benzatínica, 10.400 frascos de Estreptomicina, 1.150 de Bacitracina, 99.904 comprimidos de Cloramfenicol, 64.408 de Tetraciclina y 8.400 de Eritromicina, entre otros.

Departamento de Alimentación

La organización de un departamento de alimentación científicamente planeado y administrado era imprescindible para un hospital docente que empezaba a funcionar. Como parte de la atención médica, la asistencia alimentaria debe cumplir varias etapas que van desde la planificación de menús hasta la distribución, presentación y servido de los alimentos, pasando por la programación de necesidades de víveres, la correspondiente formulación de pedidos y la recepción, almacenamiento y preparación de los alimentos.[74]

Los comienzos de este Departamento, vinculados a la Escuela de Dietistas y a la Cátedra de Nutrición y Digestivo, y la importante labor que le cupo a su primer director, el Dr. Alberto Munilla, serán analizados en profundidad en la Quinta Parte.

Al quedar vacante el cargo de Jefe del Departamento en 1961, por la no reelección de Munilla, severamente afectado por una retinopatía diabética, se designó encargada a la Asistente Dietista Srta. María Laura Martínez Visca. Estuvo encargada de la Jefatura del Departamento hasta octubre de 1970 en que tomó posesión del cargo la dietista Elfrides Gianello, seleccionada luego del correspondiente llamado a aspirantes.

Varios fueron los cambios llevados a cabo en este período. La estructura del Departamento fue racionalizada, definiéndose responsabilidades. Se reorganizó sobre la base de una Cocina Central y Tisanerías o Reposteros en los distintos pisos de hospitalización. La Cocina Central tenía, a su vez, las siguientes secciones referidas a los alimentos: almacenamiento, preparación, cocción, lavado de vajilla y utensilios, cocina de leche y cocina dietoterápica. Se realizaron modificaciones en el funcionamiento del Servicio, en la planta física y las instalaciones y se hicieron reparaciones y actualizaciones de los equipos, mejorando las performances de los distintos sectores.

Se mejoraron los procedimientos, manteniendo el nuevo sistema de adquisiciones incorporado en 1960, y se controlaron el tipo y cantidad de los consumos, logrando mejoras económicas.

El funcionamiento de este Servicio, a pesar de las mejoras introducidas y ajustes realizados, fue motivo de preocupación permanente de la Dirección. No fueron resueltos en este período todos los problemas de la administración del personal. Fue necesario mejorar diversos procedimientos de trabajo y ajustar las formas de utilización de diversos alimentos y su aprovechamiento integral. Todo ello implicó persistir en una larga y difícil tarea de educación y adiestramiento de personal, que fue facilitando el logro de mejores resultados, eliminando prácticas delictivas que no se habían combatido hasta el momento con la debida diligencia.

Una idea del volumen de trabajo que tuvo este Departamento y el destino de los alimentos lo da el promedio de 700 raciones diarias servidas en los años 1971 y 1972, de las cuales 83% corresponden a pacientes internados, 9% a personal de guardia y del Departamento de Alimentación, 6% a acompañantes y 1% a pacientes en observación en el Servicio de Emergencia.

Departamento de Servicio Social

El Departamento de Servicio Social comenzó a funcionar a poco de inaugurado el Hospital. Durante el período de 8 meses que duró su organización, el Servicio estuvo a cargo de la asesora brasileña Celia F. Guazzelli. Luego del retorno de Guazzelli a su país, fue dirigido inicialmente por la Asistente Social Judith Dellepiane de Rama y posteriormente por la Asistente Social Josefina Silva. Llegó a tener 30 visitadoras. La organización del trabajo implicó la realización de labores tanto intrahospitalarias, con pacientes de consulta externa u hospitalizados, como extrahospitalarias, y de investigación socio-económica. Desarrolló su labor a través de entrevistas con enfermos y familiares, atención de consultas y solicitudes, y análisis de casos. Los problemas que con mayor frecuencia llegaban a la atención del Departamento eran problemas económicos de todo tipo, legales y sociales y solicitudes diversas. Las gestiones realizadas para solucionar los problemas planteados fueron múltiples, como gestiones en instituciones públicas o privadas; comunicaciones con pacientes o familiares; obtención de pasajes y facilitación de viajes y traslados en ómnibus interdepartamentales, taxis, ambulancias, o ferrocarril; obtención de alojamientos, etc. La importancia que tuvo el Hospital en la elaboración de los cursos de Servicio Social será destacada en la Quinta Parte de este estudio.

CAPÍTULO XVI

SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

Secretaría
Biblioteca de Administración de Hospitales
Departamento de Personal
Departamento de Contaduría
Departamento de Suministros
Departamento de Servicios

Dentro del área administrativa se englobaron no solo los servicios estrictamente administrativos sino también todo lo vinculado a servicios específicos y generales, o sea todo lo dependiente del Asistente de Dirección del Área Administrativa (Fig. 140). Las distintas reparticiones tenían jefaturas que en general contaban con la total confianza de los órganos de dirección y en consecuencia no sufrían cambios o sustituciones, a menos que surgieran problemas de ineficiencia, lo que fue excepcional, o fuera necesario ampliar o dividir funciones. Durante el período 1961–1974 funcionaron las siguientes reparticiones, analizadas por separado, sin perjuicio de adjuntar en el Anexo 1 la lista de los responsables en cada departamento o unidad ejecutora.

Secretaría

La Secretaría general del Hospital, estuvo dirigida por María Fernández Presas durante todo este período, contando con la colaboración de varios



Figura 140.- Reunión de la Dirección con varios jefes de repartición, año 1970. Alrededor de la mesa se encuentran, en sentido horario: Alberto Matteo (Anatomía Patológica), Pablo Recarte (Laboratorio), Margot Souza de Cardeza (Admisión), Renée Minatta (Archivo Médico, oculta), Jorge Dighiero (Cardiología), Rafael Aparicio (Contaduría), Alvaro Ferrari (Física Médica), Enrique Rodríguez Molinari (Mantenimiento), Julio Pampillón (Compras), Otto González Correa (Farmacia), Dora Ibarburu (Enfermería). (FDAN).

funcionarios. Eufrosina Valdés Olascoaga ejerció como Secretaria del Cuerpo Médico y de sus diversos Comités que, como se ha relatado, tuvieron un importante rol. Aparte de esta Secretaría, funcionó la Secretaría de la Dirección, a cuyo frente estuvo Gladys Salom.

Biblioteca de Administración de Hospitales

Instalada en Planta Baja, frente a Secretaría, hizo accesible a los miembros del Cuerpo Médico, personal hospitalario y estudiantes la literatura especializada en Administración Hospitalaria y Salud Pública. Estuvo a cargo de la bibliotecaria Ana María Di Genio de Carlomagno.

Departamento de Personal

En los primeros años de funcionamiento del Hospital este departamento planteó problemas por no ser satisfactoria su dirección. Todo quedó solucionado luego de la designación de Raquel Ferreira Ramos al frente del mismo, posteriormente denominado Recursos Humanos. Como colaboradores contó



Figura 141.- Dirección y Secretaría, 1973. De izquierda a derecha, sentados: Fanny Brian, Mary Sánchez, Guillermo Acuña, Gladys Salom, Amalia Ayarza; de pie: Hugo Villar, Aron Nowinski, Julio Ripa y Pablo Carlevaro (Decano). (FDAN).

con Eloísa Routin y Roberto Blanco, y desde 1972 con Marina Escanda. Este departamento era responsable de la delicada tarea de documentar todo lo relativo a selección, designación, ingreso, egreso, ascensos, licencias, control de asistencia y actuación de los funcionarios, formando así los legajos personales. Asimismo controlaba remuneraciones y bienestar del personal.

Los funcionarios del Hospital, que superaban los 2.000, eran docentes y no docentes, presupuestados y contratados. En el año 1972, los cargos presupuestados eran 1.921 y los contratados, por partidas globales, 121. Entre los presupuestados, había 208 docentes, 105 administrativos y 1.608 no docentes.[75]

Departamento de Contaduría

El contador Isaac Margulies dirigió este departamento. Tuvo como colaboradores en la Sección Contabilidad al Cdor. Rafael Aparicio a partir de 1964, y a Washington Correa, Walter Bernardi y Nelly Lacaze. En la Sección Pagaduría y Recaudación a Carlos Pongibove hasta 1964 y Washington Olaizola desde 1972. En 1965 se agregó la Sección Mecanización, para la documentación de datos con fichas perforadas, al frente de la cual se designó a Waldemar Fernández. Este sistema se continuó hasta la introducción del registro digital años después.

De este departamento dependían las secciones de Pagaduría y Recaudación, y la de Contabilidad, situadas ambas en Planta Baja y Mecanización contable, en Basamento. Tenía que elaborar, de acuerdo a las directivas emanadas de los órganos de dirección, el presupuesto del Hospital de Clínicas a presentar a las autoridades. Luego de aprobado, se encargaba de la ejecución del mismo realizando los procedimientos de documentación y control que correspondiera. El presupuesto aprobado, a pesar de que nunca fue suficiente para cubrir las necesidades planteadas en el proyecto, llegaba a cifras elevadas, por lo que el celo profesional puesto de manifiesto por los responsables del departamento nunca fue excesivo. El presupuesto del Hospital estaba incluido en el Presupuesto de la Universidad de la República y constituía el 30% del mismo. Si a ello se agrega el presupuesto de la Facultad de Medicina (18% del presupuesto universitario), resulta que casi la mitad del presupuesto de la Universidad estaba destinado a la Facultad de Medicina y su dependencia, el Hospital de Clínicas (cifras del año 1970[76]). Cubría tres rubros: sueldos, beneficios sociales y gastos. En el año 1972 la proporción de estos rubros en el presupuesto del Hospital fue de: Sueldos 63 %, Beneficios sociales 12 % y Gastos 25 %, mientras que en el de la Universidad esa proporción fue de 46 %, 8 % y 46 % respectivamente. Se podía ver el enorme peso que el personal del Hospital tenía en el presupuesto universitario.

El análisis de las retribuciones mostraba que correspondían al personal docente el 25 % del rubro sueldos y al personal no docente el 75 %.

La comparación de gastos de ese año revelaba los siguientes porcentajes:

Retribución de servicios varios (agua, gas, luz, transporte, publicidad,comunicaciones,etc.)	5,67 %
Útiles y materiales de consumo (medicamentos, material médico y de laboratorio, alimentos, combustibles, vestimentas, material de oficina, etc.)	80,87 %
Gastos de conservación	6.04 %
Adquisiciones de equipos e inversiones de capital	7,42 %
	100,00 %

Los proventos recaudados en el mismo período fueron un 11 % del presupuesto anual, correspondiendo 7 % a atención médica (los enfermos hospitalizados pagantes constituyeron un 4 % de los pacientes hospitalizados) y 4 % a donaciones recibidas.[77]

Departamento de Suministros

El Departamento de Suministros comprendía las secciones Compras, Almacenes y Talleres de Producción (Imprenta y Costura).

Para el manejo de los insumos y consumos del Hospital se contaba con las secciones de Compras y Almacenes para los provenientes de fuera del Hospital y los talleres de Imprenta y Costura para los producidos dentro del mismo. Como jefe de la Sección Compras se encontraba Julio Pampillon, con quien colaboraron José Morgade hasta 1965 e Ilda Cossía desde 1972. La Sección Almacenes estuvo a cargo de Rogelio Simone hasta 1971, Américo Bazán y Gladys Mussio. El Taller de Imprenta tuvo como jefe a Hermenegildo Rueda y el Taller de Costura a Juan Cultelli hasta 1963 y Nilda Caffera desde entonces.

El tema suministros, uno de los puntos frágiles desde el punto de vista económico de toda administración empresarial, fue eficazmente conducido por el celo profesional de Pampillon. La permanente atención de la Dirección del Hospital en el sector Almacenes, para el cual se elaboró una política de compra de comestibles ya comentada, permitió acceder a buenos productos con precios razonables.

El Taller de Imprenta realizó más de un centenar de trabajos por año, evitando la contratación de imprentas ajenas al Hospital. La mayoría eran trabajos de circulación interna, como las diversas hojas componentes de la historia clínica, recetarios, formularios diversos, manuales, instructivos, material informativo, etc.

El Taller de Costura en el año 1972 confeccionó o marcó y reparó más de 10.000 piezas.

Departamento de Servicios

Los servicios dentro del Hospital constituyeron uno de los capítulos con más dificultades en su ejecución. Era el sector que, luego de Enfermería, tenía más cantidad de trabajadores. Se trataba de un funcionariado heterogéneo tanto en su capacitación como en el tipo de tareas a realizar.

Uno de sus componentes fue el **Lavadero**, encargado de lavar, planchar y reparar la ropa del Hospital, proveniente de todos los sectores asistenciales pero predominando la del Centro Quirúrgico. Tuvo como jefe a Gerónimo Masner, y como encargada del sector de planchado a Elvira Torres hasta 1969. En el año 1972 el Lavadero procesó 350.000 kilos de ropa en el sector lavado y planchó y clasificó más de 750.000 piezas.

Otro de los servicios fue **Intendencia**, de la cual dependían los tres vehículos con que contaba el Hospital y los servicios de **Barrido y limpieza y**

recolección de residuos de salas, pisos y escaleras. Su jefatura fue ejercida por Armando Turcatti, luego Delia Salaberry y a partir de 1968 por Eduardo Langdon. En 1972 se agregó Raúl Muniz.

El Servicio de **Vigilancia**, con funcionarios distribuidos en distintos sectores, en Emergencia, en los Consultorios Externos y en los accesos a las salas de internación, tenía a su cargo la seguridad interna del Hospital, el control del material que ingresaba o egresaba del mismo, el mantenimiento en condiciones inmediatas de uso de los elementos de lucha contra el fuego y la custodia en Portería de las llaves para acceder a todos los locales del Hospital.

El sector de **Mantenimiento y Obras** requería la existencia de personal de múltiples oficios: albañiles, carpinteros, cerrajeros, electricistas, herreros, mecánicos, pintores, vidrieros, etc., todos los cuales debían contar con herramientas adecuadas y funcionantes. Cada tarea de mantenimiento a realizar reunía las características de no ser imprescindible y de necesitar compra de repuestos o de material, lo que implicaba un trámite lento y engorroso, por lo cual la tendencia creciente fue a realizar reparaciones urgentes o que no demandaran gastos, y diferir el resto. Esto llevó a que esta área fue de las que más sufrió los recortes obligados del presupuesto cuando se retrasaban las entregas de las partidas correspondientes fijadas por ley.

El Servicio de Mantenimiento, inicialmente a cargo de Carlos Ferreira Ramos hasta 1964, se dividió luego en: **Mantenimiento de Instalaciones**, cuyo jefe fue Washington Míguez hasta 1970, y **Mantenimiento del Edificio**, con la jefatura de Eduardo Langdon hasta 1968, cuando pasó a dirigir Intendencia. Desde 1972 José Firpo fue el encargado de dirigir el Sector de Mantenimiento en su totalidad.

La **Operación de Planta** tenía como objetivos asegurar el suministro permanente de agua potable fría y caliente, vapor para la calefacción con radiadores, energía eléctrica y gas.

CAPÍTULO XVII

DESARROLLO DE PROGRAMAS Y PROPUESTAS

Programa de Asistencia Progresiva y su implementación
Residencias Médicas Hospitalarias
Actividades de Prevención y Control de factores de riesgo
Desarrollo de un área programática para el Hospital de Clínicas
Iniciativas que no se concretaron en el período

El Programa de Asistencia Progresiva y su implementación

El 8 de agosto de 1961, apenas cuatro meses después de asumir como Director, Hugo Villar presentó a la Comisión Directiva del Hospital de Clínicas un ambicioso proyecto titulado *Programa de asistencia progresiva* cuya autoría compartía con el Director Asistente Aron Nowinski y las Nurses Dora Ibarburu, Lila Porta y María A. Rodríguez de Merli. Se trataba de aplicar el concepto de la atención progresiva, o sea de la atención acorde con las necesidades del paciente. En un principio comprendería a pacientes hospitalizados, llegando a la introducción de los cuidados intensivos en un capítulo, de los mismos autores, sobre Centro de Tratamiento Intensivo. El proyecto fue aprobado por la Comisión Directiva y elevado a consideración del Consejo de la Facultad[78], y fue objeto de una publicación interna.[79]

Pocos días después de su aprobación por la Comisión Directiva del Hospital de Clínicas, Villar y Nowinski llevaron los planteos para el financiamiento de este programa a la reunión del Consejo Interamericano Económico y Social (CIES) que se celebró en Punta del Este del 5 al 17 de agosto de 1961 para

discutir la *Alianza para el Progreso*. Llevaban el respaldo de Abraham Horwitz, Director General de la OPS y de José A. Mora Otero, Secretario General de la Organización de los Estados Americanos (OEA). Esta iniciativa no prosperó, por una fuerte oposición por parte de la Asociación de los Estudiantes de Medicina (AEM) y la Federación de Estudiantes Universitarios del Uruguay (FEUU), críticos de la Conferencia y la Alianza para el Progreso. Es de recordar que a esta reunión asistió como delegado de Cuba el Ministro de Industrias Ernesto Guevara, quien tuvo un papel protagónico como opositor a la mencionada Alianza para el Progreso y congregó la simpatía de las organizaciones de izquierda del país.

Al año siguiente, en 1962, el Programa de Asistencia Progresiva apareció publicado en dos artículos en números sucesivos en la revista especializada *El Hospital*, de amplia difusión en el ámbito íbero-latinoamericano.[80]

Por considerarlo de interés se transcriben las *Consideraciones finales* de estos artículos, que presentaban la idea a la consideración de los administradores de salud del Continente, casi diez años antes de que fuera una realidad en Uruguay.

> *"Hemos estado señalando las ventajas de esta nueva tendencia en organización hospitalaria que se ha venido imponiendo en los últimos tiempos en otros países. En resumen, ellas implican un mejor aprovechamiento de personal y equipos y una mayor proyección de las facilidades asistenciales a la comunidad.*
> *Esto significará la realización de los objetivos del Hospital en forma más completa, tanto en su fase asistencial como preventiva y docente. No obstante, sus proyecciones serán aún mayores, ya que este tipo de organización puede ser la respuesta, en materia de organización hospitalaria, para aquellos países que, como el nuestro, en áreas subdesarrolladas del continente, viven una carencia permanente de personal y equipos.*
> *Deseamos llamar la atención de las autoridades sobre el hecho de que no existe todavía en América Latina una organización hospitalaria de este tipo, por lo que nuestro Hospital, nuestro Centro de Cuidado Progresivo podría ser un centro piloto regional donde se experimentara, entre otros aspectos, en materia de administración hospitalaria, llegando a determinar niveles de asistencia, tipo y cantidad de personal, en los distintos sectores del proyecto.*
> *Nosotros mencionamos este hecho porque cuando es necesario realizar previsiones para la organización de servicios hospitalarios en América Latina, hay que manejarse con índices, con niveles asistenciales, de otros países que no corresponden a esta área, donde las posibilidades son distintas; lo que determina que muchas veces estos niveles no sean aplicables al área que se analiza. Por ejemplo, en materia de enfermería, en América Latina nos manejamos con índices de horas de atención de enfermería, de porcentaje de personal profesional y no profesional, de número total de enfermeras, etc., que han sido estu-*

diados fundamentalmente en Estados Unidos y en Europa, con posibilidades y necesidades diferentes a las nuestras.

De manera que este aspecto, que nosotros señalamos al dejar dicho que sería el primer centro en América Latina con esta organización, permitiría ir elaborando experiencia propia, índices propios, que evidentemente serían de utilidad para hospitales similares al nuestro.

Nuestro Hospital también puede ser un centro docente regional, donde, tanto técnicos nacionales como extranjeros, se especialicen en la utilización de aparatos de fisiología aplicada, en el sector de Cuidado Intensivo; en el cuidado y enseñanza del paciente a lo largo de todas las etapas; y entrarían en contacto con la familia y la comunidad, por medio de la asistencia domiciliaria.

Un proyecto de este alcance contaría, sin duda, con el apoyo de organizaciones internacionales, cuyos cometidos son propender al desarrollo socio-económico de los pueblos.

Para terminar, digamos que poner en marcha un proyecto de esta naturaleza, obligará a ir por etapas. Primero, porque es necesario preparar personal para cada uno de los centros, y eso lleva tiempo y no se puede hacer en forma simultánea. Segundo, condicionado fundamentalmente por razones económicas porque el equipamiento tiene que ser gradual. Tercero, para ir haciendo también una experiencia gradual antes de iniciar nuevas etapas en el desarrollo del proyecto.

En principio pensamos que la etapa más costosa por el tipo de equipamiento que requiere es la del Centro de Tratamiento Intensivo. Las demás implican fundamentalmente completar los equipos actuales del Hospital para realizar la asistencia y la docencia en mejores condiciones, y, además, para posibilitar el uso como centro de entrenamiento de post-grado. Cronológicamente, las etapas en que se cumpliría el proyecto estarían sujetas a un estudio posterior en el que se barajarían las posibilidades de equipo y personal en forma muy detallada."

Coincidiendo con estas ideas, el Hospital de Clínicas se fijó como primer objetivo la orgnización del Centro de Tratamiento Intensivo. Como ya se ha expresado, en marzo de 1970 Villar formó un grupo de trabajo de enfermeras universitarias para la organización del funcionamiento futuro de la Unidad. En mayo de 1971 comenzó la etapa de puesta en marcha del CTI y el 9 de agosto se asistió al primer paciente crítico.*

A la puesta en marcha del CTI en 1971 siguió la habilitación en 1985 de una Sala de Cuidados Intermedios Médicos en el piso 8, en la Clínica Médica D del Prof. Jorge Torres y una Sala de Cuidados Intermedios Quirúrgicos en el piso 7, en la Clínica Quirúrgica F del Prof. Luis A. Praderi.

* Según información aportada por el Prof. Hernán Artucio, se trataba del post-operatorio de un paciente neuroquirúrgico operado por el Prof. Arana Iñíguez. Pocos días después ingresó el primer paciente externo al Hospital, fue un médico anestesiólogo, de 39 años, el Dr. Homero Peri Pertusso, quien sufrió un infarto agudo de miocardio mientras asistía una operación en el Sanatorio CASMU 1.

Residencias Médicas Hospitalarias

Uruguay mantenía, desde comienzos del siglo XX, el Internado de inspiración francesa, para la formación clínica de excelencia de los estudiantes de Medicina que culminaban así su carrera. Se trataba de cargos formativos con tarea asistencial, tanto de sala y policlínica, como de guardias semanales en el Servicio de Emergencia, en el Hospital de Clínicas y en los demás hospitales. Al cargo de Practicante Interno, que era remunerado a través del Ministerio de Salud Pública y del Hospital de Clínicas, se accedía por un concurso de oposición, con un número limitado de cargos, para lo cual debían sortearse tres pruebas de conocimiento con tribunales especiales. La preparación de estos concursos llevaba un año o más a los aspirantes, que por supuesto, no accedían a dichos cargos más que los que calificaban en las pruebas, de acuerdo al ordenamiento del concurso y su distribución en el país. El número de aspirantes era generalmente de dos a tres veces superior al número de cargos a proveer, pero la propia preparación del concurso constituía un importante jalón en la formación del estudiante. El cargo de Practicante Interno tenía duración de tres años, graduándose los mismos en el transcurso de su ejercicio, o a su término. Si se daba la primera opción, quien ejercía el cargo de Practicante Interno podía permanecer en su desempeño hasta un año luego de la fecha de graduación.

En el año 1961 el Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay (SMU) consideró y discutió el asunto “Estudio del cargo de Residente en los Sanatorios del Centro de Asistencia del SMU (CASMU)”, en reunión de la que participan los Dres. José Suárez Meléndez, Rubens Mosera, Roberto Avellanal, Ceibal Artigas, Armando Rey López, Euclides Silva Gaudín, León Leibner, Ruben Seoane (todos ellos miembros el Comité Ejecutivo el SMU) y los Dres. Aquiles Lanza Seré, Adolfo Secondo, Julio C. Priario, Federico Acosta y Lara, Eduardo Curuchet (miembros de la Junta Directiva del CASMU) con la asistencia de los Dres. Joaquín Purcallas Serra y Efraín Margolis Rom, Director de los Sanatorios del CASMU y Asistente de dicha Dirección, respectivamente.[81] En agosto de 1962 el Comité Ejecutivo del SMU volvió a discutir el tema. En la ocasión asistían los Dres. Omar Barreneche, Roberto Avellanal, Moisés Wasserstein, Ricardo Caritat, Ceibal Artigas, Euclides Silva Gaudín, Luis E. Folle, Eduardo Yannicelli y José P. Saralegui, y los Bres. Líber Mandressi y Oscar Bazzino.[82] Si bien en ambas ocasiones se analizó el problema en profundidad, con varios enfoques diferentes, no se tomaron resoluciones significativas.

Con posterioridad, el tema fue abordado en el Hospital de Clínicas, a través de un documento titulado “Consideraciones sobre Internado y Residencia en los Hospitales”, elaborado por Hugo Villar, en noviembre de 1962, en el que se diferencian claramente las funciones del interno y del residente. Transcribimos un pasaje de dicho documento:

"Las residencias no son más que experiencias educacionales y medios avanzados de adiestramiento que se ofrecen a los jóvenes graduados, por los hospitales universitarios, como preparación para la práctica de una especialidad". Esa es la diferencia básica esencial; el internado prepara para el ejercicio profesional en términos generales. La residencia prepara para la práctica de una especialidad. La residencia es una fase del proceso educativo, dirigida hacia la especialización. Se requiere título profesional. Se realiza inmediatamente después del Internado, y proporciona una enseñanza más avanzada en una de las especialidades, o en la práctica general. Hay hospitales que están creando en su organización lo que denominan departamento de práctica general que se dedica a crear especialistas en práctica general. ***Duración:*** *El término de servicio del residente será de por lo menos doce meses. Pero es aconsejable un período mayor: dos o tres años. La residencia se realiza en general sin rotación; el entrenamiento se realiza trabajando el profesional vinculado durante todo este período a un Departamento, Clínica o Servicio Complementario del Hospital.* ***Funciones:*** *a) Los médicos residentes colaboran en el cumplimiento de todas las actividades de la Clínica o Servicio al cual han sido asignados. b) Participan en el programa educativo organizado: tienen a su cargo funciones de orientación de los internos. Controlan el ritmo de trabajo y la calidad de las actividades cumplidas por éstos, orientándolos en la observación, examen, diagnóstico y tratamiento, si se trata de servicios clínicos; y en la realización, interpretación y correlación de diversas técnicas diagnósticas o terapéuticas, si se trata de los servicios complementarios de diagnóstico y tratamientos especiales. c) Los residentes cooperan en actividades de investigación, no siendo sin embargo, su actividad preferente. Deben ser estimulados en la realización de algún trabajo que puede ser de investigación en los laboratorios o salas del hospital, o de recopilación y análisis estadísticos, realizados sobre la base de los registros archivados en el hospital.* ***Régimen de trabajo:*** *La residencia debe ser un período de enseñanza y sobre todo de entrenamiento intensivo en el hospital. La dedicación debe ser integral, dedicando unas 12 horas diarias de trabajo durante 6 días a la semana, con realización de guardias nocturnas cuyo tipo y ritmo se determinará según los Servicios.* ***Supervisión:*** *La enseñanza y supervisión de los residentes, está a cargo de los docentes que integran el Cuerpo Médico del Hospital, en sus diversos departamentos, cátedras y servicios, con la orientación y dirección general de los profesores de las diversas disciplinas. Para que esa función pueda realizarse en forma altamente eficiente y teniendo en cuenta que se trata de un proceso educativo de tipo intensivo, es necesario que el Cuerpo Docente trabaje en el Hospital según un régimen que aunque no sea en todos los casos de dedicación integral, suponga siempre un alto grado de dedicación.* ***Registro y Evaluación:*** *El Cuerpo Docente es responsable del registro adecuado y permanente de las actividades cumplidas por los residentes, así como de la evaluación periódica de su trabajo".* [83]

En junio de 1970 el Ministerio de Salud Pública, a través de la Dirección de Planeamiento Presupuestario, elabora un Anteproyecto de Instalación del

Régimen de "Residencia Médica Hospitalaria" en dependencias del Ministerio de Salud Pública, que reuniría los antecedentes para la elaboración de la primera Ley de Residencias Médicas.[84]

Este proceso culmina con la sanción de la Ley No. 13.892 del 19 de octubre de 1970, que por sus artículos 188 a 194 y 259, creó el régimen de Residencia Médica Hospitalaria, definiendo sus características generales y arbitrando los créditos presupuestarios pertinentes para su puesta en funcionamiento en las dependencias hospitalarias del Ministerio de Salud Pública y en el Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República. Dicha ley fue reglamentada mediante Decreto No. 215/972 del Poder Ejecutivo, publicado en el *Diario Oficial* .[85]

El tema de las residencias hospitalarias fue motivo de análisis y comentarios favorables en diciembre de 1970 con motivo del XXI Congreso Uruguayo de Cirugía. Diversos docentes de la Facultad destacaron su importancia en la formación de los cirujanos y de los especialistas.

La Dirección del Hospital concurrió reiteradas veces al Parlamento para asesorar a las Comisiones de Salud de ambas Cámaras en el trámite de aprobación de esta Ley. Una vez aprobada la ley y puesto en marcha el programa, en 1972, el Hospital de Clínicas fue uno de los primeros centros hospitalarios que incluyó a Residentes en su personal. Ese año aceptó el régimen de Residencia para los Adjuntos de Medicina, Cirugía, Ginecotocología y Neurocirugía, para los cuales se elaboró un régimen de trabajo que constituyó la primera experiencia de este tipo en el país.

Actividades de prevención y control de factores de riesgo

En reiteradas oportunidades el Hospital tomó a su cargo o auspició eventos que tenían como finalidad difundir al público medidas preventivas de enfermedades o accidentes, ya sea en forma de programas, de cursos, de publicaciones o de mesas redondas con participación de la prensa.

En 1960 se elaboró un programa para organizar la prevención de accidentes en el Hospital.[86]

Programa para casos de desastres colectivos. Con este título, en marzo de 1961, bajo la autoría de Hugo Villar, se editó por el propio Hospital de Clínicas, un folleto mimeografiado.[87] En este folleto se explicaban las razones de este programa, dando respuesta a las siguientes preguntas:

¿Qué entendemos por Desastre Colectivo?
¿Por qué debemos tener un programa para desastres?
¿Cómo sabremos cuándo ocurre un desastre?
¿Cómo podemos verificar la naturaleza y extensión del desastre?

¿Cómo se da comienzo al Plan para Catástrofes?
¿Cómo prepararse para recibir pacientes?
¿Qué elementos abarca el Plan?
¿Cómo encarar las comunicaciones?

Ejemplo de mesa redonda con participación de la prensa es la actividad realizada en vísperas de las fiestas de fin de año de 1969, en la que se informó sobre la frecuencia de las quemaduras y otro tipo de accidentes causados por los artefactos pirotécnicos, así como de las medidas de prevención aconsejables. Intervinieron en esta mesa redonda abierta al público, junto a los miembros de la Dirección Hugo Villar, Aron Nowinski y Julio Ripa, los profesores Héctor Ardao, Luis A. Castillo, y Raúl Rodríguez Barrios.[88]

La importancia de encarar relaciones satisfactorias con la prensa y el público en general, motivó un proyecto de organización de una Secretaría de Relaciones Públicas en el año 1960.[89] Este tema cobró actualidad dos años después, en el invierno de 1962, a propósito de una joven asistida en el Hospital de Clínicas, víctima de una agresión, que tuvo inmediata repercusión pública por haber sido marcada en sus muslos por desconocidos, con cruces svásticas. También fueron agredidos de igual manera, otras dos personas, un médico judío, miembro del Sindicato Médico del Uruguay, y otra joven, en la zona de La Teja. Estos sucesos motivaron que en ocasiones la intervención de los medios de prensa mostrara a los lesionados en medios hospitalarios, sin la debida protección a su privacidad y pudor, sin su autorización, o la de sus familiares, como tampoco de las autoridades hospitalarias. Todo ello llevó a la creación de un reglamento regulador, aprobado el 21 de agosto de 1962, que se transcribe a continuación:

Reglamento sobre Interrelaciones entre el Hospital de Clínicas y la Prensa:

1) La obligación primaria del Hospital es el bienestar del paciente. Esta responsabilidad comprende la asistencia profesional del enfermo en el marco del máximo respeto a la dignidad humana e incluye la protección de su buen nombre y reputación.
2) Partiendo del principio, universalmente aceptado, de considerar documentos confidenciales a los registros médicos y hospitalarios, el Hospital puede ofrecer la información de interés público y general, en la medida que lo permita la consideración primordial hacia el paciente y sea compatible con las razonables exigencias de la función periodística.
3) En todo instante debe primar el concepto de que es el paciente quien debe decidir sobre la información que a él se refiere, sin perjuicio de que en ciertos casos sea su médico tratante y la Dirección del Hospital quienes resuelvan situaciones especiales teniendo siempre en cuenta

el amparo del enfermo. Cualquier trasgresión o apartamiento de estos principios fundamentales, resultan lesivos de las normas funcionales y éticas sustentadas en la gestión cumplida por el Hospital.

4) De acuerdo a estos principios esenciales, universalmente aceptados en Medicina, las relaciones entre el Hospital y la Prensa quedan reguladas de la siguiente manera:
   1º El Hospital puede proporcionar información a la Prensa con respecto a un paciente, siempre que éste y su médico tratante, den su consentimiento por escrito.
   2º En los casos en que el estado clínico del enfermo impida autorizar entrevistas u obtener fotografías, el médico puede negarlas aún cuando mediare anuencia del paciente.
   3º Cuando los periódicos requieran la fotografía de un paciente del Hospital, la autorización correspondiente será discrecional de la Dirección, toda vez que el paciente consienta y el médico tratante decida que la condición clínica e intereses de aquél no serán perjudicados. Si el paciente es menor de edad, será menester la autorización de sus padres o tutores. Las fotografías de enfermos inconscientes o que hayan sufrido lesiones faciales severas, quedan prohIbídas.
   4º Las fotografías de un lactante sólo podrán ser tomadas a través del vidrio de una ventana.
   5º En los casos de intervención policial y de interés público, el Hospital sólo podrá ofrecer a la Prensa, sin consentimiento del paciente, los siguientes datos: nombre, dirección, estado civil, edad, sexo, ocupación e información general respecto de las lesiones recIbídas.*
   6º En caso de suicidio, tentativa de suicidio, intoxicación y toxicomanías, o cuando la moralidad esté comprometida, el Hospital no proporcionará públicamente detalle alguno al respecto.
   7º La presencia en el Hospital de personas pública y notoriamente conocidas, sólo podrá ser divulgada o confirmada si el paciente y el médico tratante lo admiten. En estos casos, el Hospital emitirá boletines periódicos relacionados con el estado del paciente a cargo del médico o médicos tratantes.
   8º En caso de que la muerte de un paciente a que se refiere el artículo anterior sea considerada de interés público, se informará de inmediato a toda la Prensa, por iniciativa del Hospital.

* Desde la perspectiva del año 2011, esta cláusula sería violatoria de la Ley que protege el secreto profesional y será consecuencia de una antigua costumbre iniciada en el Servicio de Urgencia del Hospital Maciel.

9º En todas las situaciones previstas, el Hospital brindará la información correcta a todos los representantes de la Prensa.
10º El Hospital cuidará celosamente el cumplimiento de los artículos 103 y 129 del Código del Niño.
11º La Dirección del Hospital vigilará el cumplimiento de estas normas y resolverá las situaciones no incluidas en la presente reglamentación, pudiendo delegar su cometido, si lo considera conveniente.
12º La Oficina de Informes, la Central Telefónica y el Departamento de Emergencia, deberán tener conocimiento permanente de la persona o personas delegadas para informar a la Prensa".[90]

Desarrollo de un área programática para el Hospital de Clínicas

En el correr del año 1972, Aron Nowinski concurrió, durante varios meses, al Centro Latinoamericano de Administración Médica (OPS/OMS), ubicado en la ciudad de Buenos Aires, para realizar un curso que tenía por objeto estudiar metodología de investigación aplicada a la Administración. Consecuencia de dicho curso, elaboró un proyecto para el desarrollo de un área programática para el Hospital de Clínicas de Montevideo. [91] Este proyecto fue publicado posteriormente por el Centro Latinoamericano de Administración Médica (CLAM) en forma más detallada.[92] Allí se establecían los propósitos del estudio: realización de una serie de investigaciones para establecer las condiciones en que pueda implantarse un área programática para el Hospital de Clínicas. El contenido del estudio estaba integrado por los siguientes proyectos:

1) Establecer un área geográfica.
2) Incrementar la capacidad asistencial de los consultorios externos del Hospital.
3) Implementar un programa de asistencia domiciliaria para el área.
4) Definir y mediante convenio participar en la operación de un centro de atención médica comunitaria.
5) Definir y mediante convenios participar en la operación de consultorios externos periféricos en el área.
6) Desarrollar programas de educación e investigación en el área.

Esta tarea se comenzó y terminó con el primer proyecto: "Establecer un área geográfica", proyecto que por sus características debía preceder a los otros. No pudo ser continuada por el quiebre institucional sufrido por el país.

Sin embargo, convencidos de que la administración médica, como cualquier otra disciplina científica lleva consigo, en forma inevitable, la necesidad de investigación permanente, los doctores Aron Nowinski y Julio Ripa siguieron trabajando sobre el tema.[93] Con posterioridad otros gestores han entendido que

la investigación administrativa, en la medida en que se promueva en los servicios de salud, encontrará respuestas más precisas a las interrogantes problematizadoras de los servicios de atención médica.

Pasada la Dictadura, generó otras repercusiones a nivel local. En efecto, en la publicación *Atención Primaria de la Salud,* bajo la conducción del Dr. Raúl Bustos, en su condición de Director de la División Atención Primaria de Salud del MSP, éste en su presentación hacía una referencia clara a este propósito:

> *"Existen sectores de la población, sobre todo en los países en desarrollo, que están sometidos al ciclo de pobreza y enfermedad que repercute en todos los aspectos de la vida y afecta con máxima gravedad a las madres y a los niños. Tanto en las zonas suburbanas como en las rurales la falta de regulación de la fecundidad, las complicaciones del embarazo y del parto, la malnutrición, así como las enfermedades transmisibles y de la primera infancia causan defunciones prevenibles y dejan una cantidad de inválidos con limitada capacidad de producción. La propuesta de Salud Para Todos en el año 2000, basada en la atención primaria, estrategia principal de esta meta, propone ofrecer a la población el recurso de la atención de su salud en el nivel que sea necesario, utilizando para tal fin aquellos mecanismos que disponen los organismos institucionales y la comunidad organizada, así como la tecnología adecuada. Entre los componentes prioritarios de la atención primaria la extensión de cobertura es básica para alcanzar la meta propuesta, con el fin de permitir el acceso de los grupos humanos postergados a los servicios de salud. Esto presupone asegurar la accesibilidad, oportunidad, eficacia y aceptación de los servicios, características que definen por sí mismas a la extensión de cobertura. En nuestro medio algunas de estas ideas ya estaban presentes previamente a la formulación de estos postulados en la Declaración de Alma Ata (1978) y en este número de Atención Primaria se documenta una de esas experiencias."*

Y seguidamente en dicha publicación se reproducía una síntesis de este programa, escrita por el Dr. Gustavo Quesada, que finalizaba con el siguiente comentario:

> *"Como reflexión final de este artículo, nos quedan conceptos que ya en la década del ´70 manejaban con frecuencia quienes tenían a su cargo tareas de Administradores en organizaciones prestadoras de Servicios de Atención Médica; y fundamentalmente rescatar la historia de conceptos actualmente difundidos universalmente, y que profesionales nacionales concebían desde mucho tiempo atrás".*[94]

Reflexiones que recordaban los estudios ya mencionados de los Directores Asistentes del Hospital de Clínicas, Aron Nowinski y Julio Ripa.

Iniciativas que no se concretaron en el período

Dentro de los cambios que en la dinámica del desarrollo de la Medicina y de la propia Facultad de Medicina se fueron registrando, el Hospital debió atender diversas demandas de servicios y facilidades, para incorporarlas a su estructura, aun cuando dichas facilidades no hubiesen sido previstas en el programa funcional del Hospital que dio origen a su edificación. Dificultades de diversa índole impidieron que estos proyectos se concretaran en el período analizado. Reseñaremos brevemente algunos de ellos:

Centro Nacional de Quemados. Por un reclamo sentido de las Clínicas Quirúrgicas de la Facultad de Medicina y de los diversos centros asistenciales del país, particularmente de aquellos profesionales que tempranamente abrazaron la disciplina de la Cirugía Plástica, aún antes de que la misma fuera institucionalizada como Cátedra de nuestra Facultad y como especialidad reconocida por la Escuela de Graduados, se debió prestar especial atención a los grandes quemados.

Hasta ese momento, los pacientes que sufrían grandes quemaduras eran atendidos en las Clínicas Quirúrgicas de los Hospitales, incluyendo el Hospital Universitario, en condiciones inadecuadas para los conocimientos y experiencia acumulados en esa época. Diversos profesionales, muchos de ellos vinculados al Hospital, habían acudido en el exterior, y fundamentalmente en la vecina ciudad de Buenos Aires, a Centros de Quemados, que con carácter nacional o regional, atendían a estos pacientes, con resultados cada vez mejores. En Buenos Aires, el servicio que dirigía el Prof. Dr. Fortunato Benaím, en su Instituto Nacional del Quemado, ubicado en la Capital Federal, había sido un centro de primer nivel en la formación de nuestros Cirujanos Plásticos. Durante la Segunda Guerra Mundial, el Prof. Agregado Dr. Héctor Ardao, había viajado a Londres, para atender y aprender acerca de la atención de los pacientes quemados por efecto de la contienda bélica. Pero la atención de estos delicados pacientes, a menudo ocasionaban largas estadías en servicios quirúrgicos, padeciendo patología sobreagregada, y sin las facilidades locativas para las reiteradas curaciones, la balneoterapia y la rehabilitación necesarias, además de las intervenciones para lograr injertos que permitieran su más rápida recuperación, y generaban dificultades para su atención y el desempeño de dichas Clínicas. Era característico al bajar de un ascensor en el hall central de cualquiera de dichas Clínicas Quirúrgicas, percibir el olor que denunciaba la presencia de un gran quemado en ese servicio. Desde luego, los resultados alcanzados eran pobres, y las sobrevidas de los grandes quemados, aún con todos los esfuerzos realizados, eran escasas.

El 7 de julio de 1960 el Director del Hospital de Clínicas Dr. Guillermo Almenara en nota al Decano Prof. J. J. Crottogini decía:

"En conformidad con el acuerdo del Consejo Directivo de la Facultad de Medicina fechado el 19 de octubre de 1959, la Comisión de Presupuesto del Hospital de Clínicas incorporó en el Proyecto de Presupuesto para los años 1960-1963 las previsiones para instalar en este Hospital en el año 1960 y mantener en servicio 20 camas para tratamiento de quemados".[95]

Este primer intento no tuvo andamiento.

Más adelante, la Dirección del Hospital, en colaboración con algunos cirujanos plásticos, elaboró un minucioso proyecto para instalar en el Hospital de Clínicas un Centro Nacional de Quemados, que incluyera todas las facilidades que en los países con mejor tradición ya eran corrientes. El informe fue elaborado por un grupo de trabajo designado por la Dirección del Hospital, para planificar la instalación de una Unidad de Quemados en el Hospital. El Grupo se integró, a partir de una reunión convocada por el Hospital, el 12 de agosto de 1971. A la misma fueron invitados el Presidente de la Sociedad de Cirugía Plástica del Uruguay, y especialistas en cirugía plástica vinculados al Hospital. A la reunión realizada en la Sala de Conferencias del Hospital de Clínicas, asistieron el Director Asistente Dr. Aron Nowinski, el Presidente de la Sociedad de Cirugía Plástica, Dr. Gonzalo Cáceres Negri, y los Dres. Juan J. Hornblas, Eugenio Bonavita, Germán Möller, Jorge A. De Vecchi, Enrique Pera Erro, Jorge Verges Irisarri, Gonzalo Fajardo, Alberto Olazábal, Líber Mandressi, Guillermo Fossati, Martín Palacio del Val, la Dietista Elfrides Gianello y la Enfermera Universitaria Gladys Morse de Verges. De este Grupo de Trabajo surgió un anteproyecto[96] que fue presentado al Cuerpo Médico pero no pudo llevarse a efecto por restricciones presupuestales. Fue una nueva decepción.

Varias décadas después, se retomaría el impulso para darle vida, y se transformaría en realidad en la segunda mitad de la década de 1990, financiado por el Fondo Nacional de Recursos.

Centro de Información y Atención Toxicológica.- El Servicio de Emergencia del Hospital, debía atender con frecuencia pacientes intoxicados por los más diversos agentes. Con el avance del desarrollo industrial, tanto en la ciudad como en el campo, múltiples sustancias eran empleadas para distintos fines, que cuando por accidente o por intención eran ingeridas por adultos o niños, producían efectos tóxicos, a menudo letales. También la intoxicación farmacológica fue creciendo como motivo de internación en el Hospital. Y desde luego, se repetían consultas telefónicas desde el Interior del país, cuando se estaba en presencia de alguna situación clínica similar, buscando orientación y apoyo. Así surgió la idea de instalar en el Hospital un Centro de Información y Asistencia Toxicológica. La Comisión que elaboró el primer proyecto del CIAT fue integrada por el jefe del Departamento de Emergencia, Dr. José Pedro Cirillo,

el farmacólogo Prof. Dr. Luis E. Folle, el neurólogo Dr. Rodolfo Panizza y el Director Asistente Aron Nowinski.[97] Recién muchos años después, durante la Intervención del Hospital, se concretaría esta idea, dando lugar además a la creación de la Cátedra de Toxicología.

Medicina Nuclear.- El primer centro de Medicina Nuclear que funcionó en nuestro país tuvo su origen en el Servicio del Profesor Manlio Ferrari, mientras se alojó en el Hospital Maciel, ocupando un pequeño local, donde se iniciaron los estudios y se formaron los primeros médicos de esta disciplina. Su primer director fue Juan José Touya, de 1963 a 1972. Fue sucedido a partir de 1972 por Eduardo Touya. Colaboraron y se formaron con los hermanos Touya: Rodolfo Ferrando, Antonio Páez, Álvaro Osorio, Carlos Beckermann, entre otros.

En diciembre de 1971 se firmó un convenio entre el Ministerio de Salud Pública, la Facultad de Medicina y la Comisión Nacional de Energía Atómica, resolviéndose el traslado del Centro de Medicina Nuclear del Hospital Maciel a una nueva planta física a construirse en el Hospital de Clínicas. En tres años se recicló una superficie de 700 m2 con ese fin. Participó del proyecto el Arq. Carlos Folco. El 25 de agosto de 1975 comenzó a funcionar el nuevo Centro de Medicina Nuclear del Hospital de Clínicas.

Proyectos de organización de los Departamentos de Cirugía y de Medicina y de ampliación del Departamento de Emergencia.- El proyecto de organización de los departamentos de Cirugía y de Medicina, se elaboró en base a los informes aprobados en diciembre de 1972 por un Comité designado a esos efectos en reuniones de los jefes de servicios médicos. Este Comité estuvo integrado por los profesores Manlio Ferrari, Jorge Pradines (o Roberto Rubio alternativamente), Jorge Lockhart, Alfredo Navarro y Leandro Zubiaurre. En varias de las reuniones realizadas participó el Decano Pablo Carlevaro y el Director del Hospital Hugo Villar. Deberían pasar casi treinta años antes de efectivizarse la creación de los departamentos de Cirugía y de Medicina.

La ampliación del Departamento de Emergencia, junto con su reorganización física y funcional, también se realizó después de 1974, bajo la conducción del entonces Director del Departamento, Prof. Guaymirán Ríos Bruno.

CAPÍTULO XVIII

RESULTADOS

Asistencia Externa en el Hospital
Estadísticas asistenciales
Evaluación externa
Reseña de actividades de la gestión 1953-1973

Asistencia Externa en el Hospital

La asistencia externa en el Hospital de Clínicas era poco jerarquizada en los planes educativos de pregrado, no así en los de post-grado, por los diferentes servicios. Esto, que fue señalado en su informe por el Dr. Gerald Renthal, experto que realizara la auditoría externa antes citada, fue reseñado también por Aron Nowinski, en un Seminario Internacional, realizado poco después.[98] Allí, bajo el título "Desarrollo de un área programática para el Hospital de Clínicas de Montevideo", inició la presentación con el análisis de algunos antecedentes, haciendo énfasis sobre lo *"poco que el médico conoce sobre los antecedentes familiares, socio-económicos y culturales del paciente*". El expositor dijo que *"el énfasis se pone en la prestación,…de alta especialización"* y, en cambio, *"la demanda de atención ambulatoria de la comunidad urbana o rural no se ve satisfecha en igual manera*".[99]Este mismo tema fue objeto de una publicación posterior. [100]

Esta actitud de los profesores de las diferentes Clínicas que funcionaban en el Hospital Universitario no era uniforme, sino que existían notorias diferencias entre ellas; puesto que algunas hacían de la enseñanza en Policlínica una de sus tareas fundamentales, y destacaban a su personal más calificado, y otras, las más, le daban un papel secundario, privilegiando la permanencia en el piso clínico, para las visitas a los enfermos hospitalizados, que se programaban por sala cada día, y las grandes clases magistrales de anfiteatro, para un alto número de estudiantes, que no podía asistir a las áreas de policlínica. Tampoco fue una situación uniforme en el tiempo, dado que con el cambio de titulares algunas de estas clínicas modificaron en lo sucesivo su encare, dándole mayor énfasis a la enseñanza con los pacientes ambulatorios, por tratarse de patologías diversas, más generales y menos complejas, que podrían no merecer hospitalización. Este hecho determinaría consecuencias en la formación de los futuros médicos, que a menudo desconocían las patologías más frecuentes, enfatizando su aprendizaje en las más raras.

En otros hospitales públicos, donde la Facultad de Medicina desarrollaba la actividad de sus Clínicas, se asumía una conducta diferente, y se jerarquizaba la atención de policlínica, destacando a figuras relevantes de cada una de ellas, para conducir la enseñanza a los estudiantes de medicina, en el conocimiento de esas patologías comunes pero relevantes epidemiológicamente para la comunidad. Y en consecuencia, se establecían diferencias en la calidad del aprendizaje de los estudiantes según cuál fuera el hospital elegido para cursar.

Este hecho relevante, que sería motivo de análisis académicos años más tarde, y tendría vinculación con la Declaración de Alma Ata, de 1978, estaba claramente descrito por Kerr White,[101] un epidemiólogo americano, que señalaba en un esquema algo que permitía apreciar con toda claridad este fenómeno, según lo cita Abraam Sonis, en su obra, en el capítulo "Recursos Humanos en Salud":

> *"Se observa así que solamente 10 de cada 1000 habitantes adultos de una comunidad son derivados a un centro médico universitario, y es sobre el conjunto de estos pacientes, tan seleccionados y tan poco representativos de los problemas de salud de una comunidad, que se basa fundamentalmente la formación del médico. Como consecuencia de ello, nuestro médico promedio, una vez egresado, no ha aprendido a conocer y apreciar las afecciones que insumen el grueso de la atención ni los estadios incipientes de la patología que luego verán en los pacientes internados, precisamente por falta de atención en estos estados. Este hecho, que constituye parte del panorama más amplio que conforma la mentalidad del médico en nuestras sociedades, traduce una situación de características críticas para la atención de la salud. Afortunadamente, también es cierto que en los últimos años se ha producido una fuerte*

reacción contra este tipo de educación médica; las críticas a la misma han arreciado a partir de todos los sectores interesados, dando lugar a movimientos de renovación en la educación médica y a numerosas experiencias que demuestran una real voluntad de cambio en muchos líderes universitarios. Por otra parte, una vez graduados, la distribución de los profesionales dentro de las distintas especialidades se realiza según las más variadas razones: conveniencia, desconocimiento del total de las posibilidades existentes en el campo médico, elección de alguna especialidad de moda, existencia de servicios de gran prestigio, etc., lo cual configura un cuadro del recurso médico que no responde necesariamente a los requerimientos de los países." [102]

Estadisticas asistenciales

En las páginas siguientes se presenta la información estadistica asistencial del Hospital de Clínicas en el período 1961 - 1974. Esta información es complementaria de la aportada en capítulos anteriores. Em este último período es posible afirmara lo siguiente:

1.- El número de camas de estabilizó en poco más de 600 en todo el período.

2.- Las atenciones en el Departamento de Emergencia crecieron progresivamente hasta 1969 tendiendo luego a decrecer algo y estabilizarse.

3.- La atención en Consulta Externa ha oscilado, con un máximo en 1964.

4.- La cantidad de actos quirúrgicos creció hasta pasar los 6.000 en 1970, descendiendo luego. Las operaciones de urgencia, sin embargo, crecieron en forma continua hasta un máximo en 1974.

5.- Igual cosa sucedió con los partos y las cesáreas.

6.- En 1963 llegaron a su cifra más elevada los estudios radiológicos, descendiendo luego, y los de laboratorio tuvieron su máximo en 1970.

7.- La mortalidad se ha mantenido relativamente estable.

8.- Los porcentajes de autopsias han ido decreciendo a partir de 1964.

HOSPITAL DE CLÍNICAS - INFORMACIÓN ESTADÍSTICA ASISTENCIAL

AÑOS		**1961**	**1962**	**1963**	**1964**	**1965**	**1966**	**1967**	**1968**	**1969**	**1970**	**1971**	**1972**	**1973**	**1974**
Número de camas		577	606	607	607	607	607	607	607	607	607	607	613	617*	621
Número de cunas		—	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Total atenciones de Emergencia		10,832	14,085	21,953	**25,781**	27,635	31,796	31,256	33,255	42,718	40,799	39,162	35,824	36,799	37,421
	Promedio diario	29	38	60	70	75	87	85	91	117	111	107	98	101	102
Total de atenciones en Consultorios Externos		176,015	182,319	205,01	**250,604**	226,465	271,14	204,461	235,764	228,454	238,394	208,261	169,468	179,152	203,018
	Promedio diario	605	624	709	879	775	922	740	830	878	842	733	623	644	686
Total de hospitalizaciones		8,391	8,781	9,728	**10,164**	10,117	10,468	8,909	9,857	10,066	9,702	9,811	9,436	9,262	10,07
	Promedio diario	22	24	26	27	27	28	24	26	27	26	26	25	25	27
Total de **enfermos** días		185,936	202,008	206,781	209,241	210,993	215,06	209,004	210,003	214,727	218,536	215,570	213,995	217,137	209,746
Total de **recién nacidos** asistidos		—	358	668	787	808	788	588	607	708	668	748	846	859	
Total de **recien nacidos** días		—	—	5,274	5,666										
Porcentaje ocupacional		88,30%	90,40%	93,40%	94,10%										
Promedio general de estada		22,4	23,1	21,5	20,3										
Promedio estada recién nacidos		—	9,5	6,5	7,5	7,6	8,8	11	11	7	5	5	5,6	5,7	
Número de intervenciones quirúrgicas		4,516	4,921	5,135	5,507	4,922	5,699	4,943	5,686	5,966	6,129	5,658	5,227	4,949	5610
	Operaciones de urgencia	885	1000	1180	1291	1,416	1,407	1500	1,674	1,754	1,647	1,721	1,788	1,593	1,802
	Porcentaje operaciones de urgencia	19,50%	20,30%	23%	23,40%	28,70%	24,60%	30,00%	29,40%	29,00%	26,80%	30,00%	30,20%	32,10%	32,10%

AÑOS		**1961**	**1962**	**1963**	**1964**	**1965**	**1966**	**1967**	**1968**	**1969**	**1970**	**1971**	**1972**	**1973**	**1974**
Total de partos atendidos		—	353	682	795	809	806	590	615	706	667	746	822	848	1,045
Total cesáreas		—	35	48	68	70	80	51	68	71	56	68	97	101	112
Porcentaje cesáreas		—	9,9	7	8,6	8,6	9,9	8,6	11	9,9	8,3	9	11,8	11,8	10,7
Exámenes radiográficos		64,715	65,908	77,634	76,858	68,483	74,989	60,204	55,228	47,820	58,651	43,041	38,105	36,214	37,782
	Promedio diario	222	223	268	269	234	255	218	194	183	207	151	137	130	128
Exámenes laboratorio clínico		108,456	110,411	139,278	146,824	140,417	177,620	173,357	188,124	145,095	215,577	166,173	167,205	155,321	151,965
	Promedio diario	372	378	481	515	480	604	628	662	558	761	585	601	519	513
Exámenes anátomo-patológicos		2,807	3570	3,896	4,010	3,724	4,101	3,429	4,177	4,196	3,726	3,487	3,134	3,485	4,473
	Promedio diario	9	11	13	14	12	13	12	14	16	13	12	11	12	15
Procedimientos de física médica		72,584	77,491	79,490	80,323	61,847	91,503	65,907	80,091	67,679	70,114	78,826	47,979	46,761	58,731
	Promedio diario	249	265	275	281	211	311	238	282	252	247	277	172	168	198
Exámenes Departamento Cardiología		6,829	5,923	7,297	7,399	6,911	8,051	6,723	8,673	8,386	8,335	8,573	7,939	7,921	9,270
	Promedio diario	23	20	25	26	23	29	24	30	32	29	30	28	28	32
Anestesias		3,840	4,228	4,331	4,667	4,133	4,771	4,041	4,802	4,612	4,576	4,465	4,124	3,644	4,011
Nebulizaciones		2,478	2,755	1,788	2,156	4,56	3,575	2,908	2,435	3,519	3,528	2,303	1,872	2,020	1,580
Total de muertes		701	656	675	722	684	744	705	757	841	840	900	932	891	916
Mortalidad global (%)		8,46	7,48	6,9	7	6,7	7,1	7,8	7,7	8,3	8,6	9	9,8	9,6	9
Muertes antes de 48 horas		86	100	78	78										
Muertes después de 48 horas		615	556	597	644										
Mortalidad neta (%)		7,4	6,3	6,1	6,3	6,1	6,4	6,7	6,6	7,2	7,6	7,7	8,6	8,2	7,6
Número de autopsias		148	188	205	211	181	190	151	171	159	174	128	176	208	230
Porcentaje de autopsias		21,11	28,65	27	29,2	26,4	25,5	21,4	22,5	18,9	20,7	14	18,8	17,2	18

* Se contabilizan en la dotación las 4 camas pertenecientes al Centro de Tratamiento Intensivo.

Evaluación externa

La Organización Panamericana de la Salud, envió del 4 al 8 de junio de 1973, al Dr. A. Gerald Renthal, Profesor de Medicina de la Comunidad, de la Universidad de Pennsylvania, EEUU, como Consultor de corto plazo, para estudiar los servicios de atención ambulatoria del Hospital de Clínicas como una actividad más del proyecto de Atención Progresiva del Paciente que la OPS había venido ejecutando en Latinoamérica. De su informe [103] reproducimos:

> *"La administración del Hospital ha demostrado notable competencia en sus intentos de planear el perfeccionamiento del funcionamiento del Hospital. Ya en 1963, el plan quinquenal hospitalario contenía un proyecto de atención progresiva de pacientes, en el que se preveían modalidades graduadas de atención – intensiva, intermedia, moderada y mínima – que aumentarían el rendimiento de las actividades de atención de los pacientes hospitalizados. Sin embargo, aparte de la iniciación de una unidad de atención intensiva pequeña y muy avanzada, no se ha hecho nada para llevar a la práctica este plan de gran visión. Ello se atribuye a que no se han podido conseguir los fondos necesarios. En un segundo plan, que se está preparando actualmente para tratar de aliviar los problemas de los pacientes de la consulta externa, se propone la creación de una red de clínicas satélites en la comunidad, que servirían de centros para la prestación de atención primaria, utilizando el Hospital solamente para los servicios especializados. Este plan se halla sólo en sus etapas iniciales y requiere la compilación de datos en la comunidad para determinar la zona de procedencia de los pacientes a los que el Hospital presta atención primaria, ubicándola cerca de la población a la que se ha de prestar servicio y que ofrece la oportunidad de atención preventiva centrada en la familia, es probable que no se inicie hasta transcurrido algún tiempo. Por lo tanto, no ofrece soluciones a corto plazo de los problemas del Hospital relacionados con la atención ambulatoria.*[104]

Bajo el título "Atención de los pacientes hospitalizados", dice el consultor:

> *"El Hospital funciona con una capacidad de 607 camas de las que se ocupan el 97%. Aunque, en teoría, hay capacidad para una tercera parte más de camas, la falta de financiamiento y de personal impide la ampliación al máximo. El presupuesto del Hospital es quinquenal y aunque se han solicitado mayores fondos para ampliar los servicios de los pacientes hospitalizados, así como para mejorar los servicios ambulatorios, el presupuesto asignado es fijo, con tan sólo un incremento por el alza del costo de la vida.*
>
> *Se presta toda una serie de servicios clínicos generales y especializados. Estos servicios se administran siguiendo el modelo de unidades semiautónomas en las que el jefe del servicio tiene una considerable independencia. Según se dice, este sistema es de transición a otro en el que las diversas unidades serán*

consolidadas y estarán bajo las órdenes de jefes de departamentos clínicos, pero este cambio no se ha efectuado todavía. Se indicó que la autonomía de los diversos servicios, cada uno de los cuales está a cargo de una policlínica, contribuye a la falta de coordinación entre éstos para la adecuada atención de pacientes externos". [105]

Entre las "recomendaciones" detalló:

"A pesar del alto grado de refinamiento administrativo en relación con los problemas y los modelos para su solución, siguen persistiendo los problemas básicos del Hospital. Aunque el control de las decisiones que afectan a la administración interna del Hospital parece estar en manos de los directores del Hospital, éstos se ven limitados por varios factores sobre los que ejercen escasa influencia. No controlan las asignaciones presupuestales para el funcionamiento del Hospital, especialmente para sueldos de personal y la ampliación del número de camas, no controlan el tiempo de los médicos y se ven limitados por la actitud predominante que se atribuye a la función de enseñanza y atención altamente especializada de pacientes hospitalizados, a expensas de la función de un centro de atención ambulatoria de considerables proporciones. En vista de estas circunstancias, es difícil presentar recomendaciones específicas que puedan modificar la situación, especialmente con respecto a las limitaciones impuestas desde el exterior. Quizás sea posible abordar el problema de la actitud predominante insistiendo en que se preste mayor atención a los problemas de atención ambulatoria en relación con la atención de los pacientes hospitalizados. La implementación del plan de consultorios satélites con la participación de miembros influyentes del personal médico en su desarrollo contribuirá a este cambio de orientación. Lo ideal sería que dicho plan incorporara un sistema de regionalización en el que otros hospitales sirvieran de fuente de atención primaria para segmentos definidos de población, abarcando cada uno de ellos una parte precisa de la ciudad. El Hospital de Clínicas sería ayudado en esta forma en su doble función de suministrar atención de alta excelencia para toda la ciudad, además de otorgar atención primaria a la comunidad que la rodea. Desgraciadamente, dicho plan regionalizado requiere un grado de coordinación intersectorial que no parece vaya a existir en un futuro inmediato.
Una mayor dedicación a resolver los problemas inmediatos de las policlínicas es necesaria para darle la categoría que se espera a la atención ambulatoria. Se tiene entendido que anteriormente un comité coordinador de las policlínicas había trabajado activamente, pero que durante los dos últimos años no ha funcionado. Se recomienda su reactivación con el propósito especial de abordar la cuestión de la proporción existente entre el número de horas trabajadas por los médicos y el número de horas de trabajo que se les asigna; aumentar el número de horas-médico asignadas al trabajo de consulta externa, especialmente en medicina y cambiar las horas de funcionamiento de los consultorios de manera que se establezca un equilibrio entre las actividades relacionadas

con pacientes hospitalizados y los de la policlínica. Por ejemplo, si es cierto que los médicos llegan tarde porque primero realizan la visita de las salas, se podría hacer que la consulta empezara más tarde (lo cual hacen de todas maneras) y así se podría asignar más médicos en un período de tiempo más breve. Mediante esta programación también se deberían aprovechar, siempre que sea posible, las horas de la tarde en que actualmente las clínicas no tienen mucho movimiento.

Convendría que el comité reactivado también prestara atención a los problemas antes mencionados en relación con los aspectos físicos de la policlínica, vale decir, señales indicadoras, bancos en las salas de espera y programación de las citas que reduzcan el tiempo de espera. En esta programación se deberá prestar mayor atención a distinguir entre los distintos tipos de visita (consultas de primera vez, consultas de control, etc.), dedicando períodos de tiempo distintos a cada uno de ellos. Todo éxito que se logre en reducir la presencia excesiva de pacientes en salas de espera contribuirá a mejorar la actitud de los médicos hacia las policlínicas.

Se le atribuye considerable importancia en los servicios de pacientes hospitalizados a la enseñanza de los estudiantes de medicina, pero esta se descuida en gran parte en el policlínico, especialmente en la clínica de medicina. Es importante analizar el énfasis que se da a la enseñanza médica en la atención especializada de hospitalizados en circunstancias en que la mayor necesidad de profesionales en práctica se halla en los servicios ambulatorios. Se debe proceder a reestructurar esta situación clínica para incluir un grado considerable de enseñanza de estudiantes de medicina en la atención de pacientes de consulta externa e intensificar el interés del personal médico por el trabajo en las policlínicas.

Asimismo, se deberá procurar reducir el período de permanencia de los pacientes en especialidades. Ya se indicó en este informe la forma de abordar este problema. Sería muy útil documentar, mediante un estudio especial, las razones por las que los pacientes permanecen extensamente en el Hospital, con miras a determinar las causas remediables. Otra medida podría consistir en establecer un mecanismo de examen de la utilización, como por ejemplo un comité del personal que vigilara el período de permanencia e iniciara medidas correctivas cuando éste fuese excesivo. Dicho comité podría establecer normas de permanencia para diagnósticos específicos y comparar ulteriormente los estándares establecidos con el período de permanencia de pacientes. Este comité debería prestar atención preferencial a los servicios en que la disponibilidad de camas presenta mayores obstáculos, tal como ocurre en medicina.

La creación de un programa de atención progresiva de pacientes contribuirá a mejorar el rendimiento de los servicios de atención de pacientes hospitalizados, pero no se debe olvidar que la presión actual que recae en la hospitalización está artificialmente estimulada por los impedimentos que se oponen a la prestación de atención a pacientes en la policlínica. Un objetivo importante debería ser el conseguir un mejoramiento en la prestación de atención ade-

cuada y directa a pacientes en la fase ambulatoria ya que esto significaría una reducción en la demanda de atención en los servicios de hospitalización". [106]

Reseña de actividades de la gestión 1953-1973

El 3 de octubre de 1973 la Comisión Directiva y la Dirección del Hospital organizaron una visita de la prensa. En la ocasión se distribuyó un resumen de actividades, que permite completar el panorama de la gestión en los veinte años desde su inauguración. He aquí el texto difundido en esa oportunidad: [107]

"Al conmemorarse los 20 años de su funcionamiento, el Hospital efectúa un balance de sus realizaciones destinadas a la promoción del progreso de la Medicina Nacional puesta al servicio de la salud del pueblo.
El ***nivel científico avanzado,*** *el* ***alto grado de especialización*** *de sus servicios médicos, y* ***procedimientos de diagnóstico y tratamiento únicos en el país;*** *lo han transformado en* ***Hospital de Consulta*** *para los servicios asistenciales públicos y privados existentes en el Sector Salud.*
Su compleja organización está al servicio de toda la comunidad nacional. A más de 350.000 personas se les ha brindado ***asistencia médica*** *en el Hospital. Un 40% de los pacientes asistidos proceden del Interior del país.*
El Hospital de Clínicas realiza, por año, más de 40.000 atenciones médicas (120 por día) en el Departamento de Emergencia y un promedio de 225.000 atenciones (800 por día) en sus consultorios externos. En sus 617 camas se hospitalizan más de 10.000 pacientes, que ocupan por año más de 215.000 días cama. En sus salas de operaciones se realizan más de 5.500 intervenciones quirúrgicas; correspondiendo a cirugía mayor más del 70%. Un 80% de las intervenciones requieren anestesia general.
En sus ***servicios de diagnóstico y tratamientos especiales*** *se desarrollan actividades tan numerosas como complejas. En el Departamento de* ***Radiología*** *son estudiados 200 pacientes por día, con un total anual de 60.000.*
El ***Laboratorio Clínico*** *realiza un promedio de 600 análisis diarios (180.000 al año). En el Departamento de* ***Cardiología*** *se examinan 8.500 por año y en el Dpto. de* ***Fisiatría*** *se llevan a cabo unos 250 procedimientos diarios (75.000 por año). El Dpto. de* ***Anatomía Patológica*** *realiza distinto tipo de estudios en más de 4.000 pacientes. El Departamento de* ***Hemoterapia*** *practica más de 10.000 transfusiones y otros procedimientos terapéuticos con fracciones de sangre.*
Su Depto. de ***Alimentación*** *sirve un promedio de 705 raciones diarias (257.000 por año).*
El Hospital cuenta con un Archivo Central de registros clínicos, único en el país, de todos los pacientes a los que se ha brindado asistencia y que supera las 350.000 historias clínicas.

Por tratarse de un Hospital Universitario desarrolla al más alto grado la función educativa destinada a la formación y especialización de los ***recursos humanos*** *de nivel profesional, técnico y auxiliar.*
Más de 1.000 estudiantes de Medicina realizan por año cursos clínicos y unos 1.600 cursos de Anatomía Patológica. Unos 150 médicos por año desarrollan cursos de especialización y más de 10 médicos becarios extranjeros se alojan durante el año en el Hospital.
Más de 100 estudiantes de Enfermería Profesional desarrollan por año sus cursos prácticos en los distintos servicios del Hospital y unas 15 enfermeras por año realizan el curso de especialización para graduadas.
Desarrollan su actividad educativa en el Hospital más de 1.200 estudiantes de la Escuela de Colaboradores del Médico, en los 12 tipos de técnicos que ella forma.
Los ***funcionarios*** *del Hospital realizan programas de orientación al ingreso y cursos de adiestramiento en servicio. Con los* ***pacientes*** *usuarios del Hospital se desarrollan actividades de tipo educativo sanitario.*
Las actividades vinculadas a la ***investigación médica*** *también tienen el más alto nivel de desarrollo en el Hospital Universitario. La gran mayoría de los trabajos científicos que se presentan en los congresos Científicos Nacionales e Internacionales se realizan en el Hospital de Clínicas.*
Todas estas actividades se realizan en base a ***programas.*** *El Hospital cuenta con un programa de desarrollo desde el año 1961. En el quinquenio 73-77 se continuará el desarrollo del programa de atención progresiva iniciado con la puesta en marcha del Centro de Tratamiento Intensivo y las unidades de cuidado intermedio. Además se ha intensificado el desarrollo del centro de Cirugía cardíaca (más de 100 pacientes con cardiopatías congénitas o adquiridas han sido intervenidos quirúrgicamente en el lapso de un año), del Centro de Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Renal y de la atención de la madre y del recién nacido con el desarrollo del tratamiento intensivo en la unidad de neonatología.*

Las actividades reseñadas constituyen parte del testimonio objetivo de lo que el Hospital de Clínicas hizo en su servicio a la salud de la comunidad nacional. Y todo ello se ha realizado a pesar de la crítica situación financiera a la que ha sido sometido desde hace más de un quinquenio."

CAPÍTULO XIX

FIN DE UNA ETAPA

Se avecina la crisis
Disolución de las Cámaras Legislativas
Veinte años de la inauguración del Hospital de Clínicas
Destitución del Director del Hospital
Datos biográficos de Hugo Villar

Se avecina la crisis

En el transcurso de la década de 1960 fueron creciendo las desavenencias entre las autoridades universitarias y los gobiernos de turno, del Partido Nacional hasta marzo de 1967 y del Partido Colorado desde esa fecha en adelante. Las discrepancias alcanzaban mayor intensidad durante la consideración del Presupuesto Nacional y de la Rendición de Cuentas, ocasiones en que los proyectos elevados por la Universidad nunca eran aceptados y se retaceaban lor recursos votados, siendo el Hospital de Clínicas uno de los organismos más afectados con esos recortes, obligando a la solicitud de partidas extraordinarias para enfrentar las dificultades económicas. Estas diferencias se acentuaron drásticamente a partir del ascenso a la presidencia de Jorge Pacheco Areco tras la muerte del Gral. Oscar Gestido en diciembre de 1967, y en especial luego de las elecciones de 1971 que llevaron a Juan María Bordaberry a la Presidencia de la República.

El país vivía las críticas circunstancias que habrían de culminar en la disolución del Parlamento en junio de 1973 y la posterior instauración de la dictadura cívico militar que gobernó el país hasta 1985. Estancada la economía, con una inflación creciente, aumentaba la insatisfacción de la población. El Poder Ejecutivo mantenía una conducción económica resistida por el movimiento sindical y la oposición política, tenía frecuentes fricciones con el Parlamento y optó por una política autoritaria, gobernando a través de sucesivos decretos y recurriendo con reiteración a las Medidas Prontas de Seguridad, a expensas de los derechos constitucionales de los ciudadanos. La oposición se manifestaba en el Parlamento, en las movilizaciones sindicales y populares y en la aparición y acentuación de las acciones de la guerrilla tupamara. Las relaciones de hostilidad entre gobierno, con el apoyo de la prensa oficialista, y oposición fueron dando lugar a la violencia, particularmente en ciertos ámbitos tradicionalmente alineados con la izquierda, que se transformaron en órganos de choque entre las dos posiciones. La Universidad y el Hospital de Clínicas vivieron esa violencia. Desde el gobierno, se los acusaba de desobedecer a las autoridades y proteger y albergar a integrantes de la guerrilla, haciendo mal uso de la autonomía universitaria. En consecuencia, se le negaban recursos económicos y se enviaban fuerzas policiales a atropellar su autonomía. Desde la oposición, con el escudo de la autonomía universitaria, se la utilizó para movilizaciones contra el gobierno y como refugio para la militancia y ciertas acciones clandestinas.



Está en Peligro una Niña de 9 Años a Quien Transplantaron las Córneas

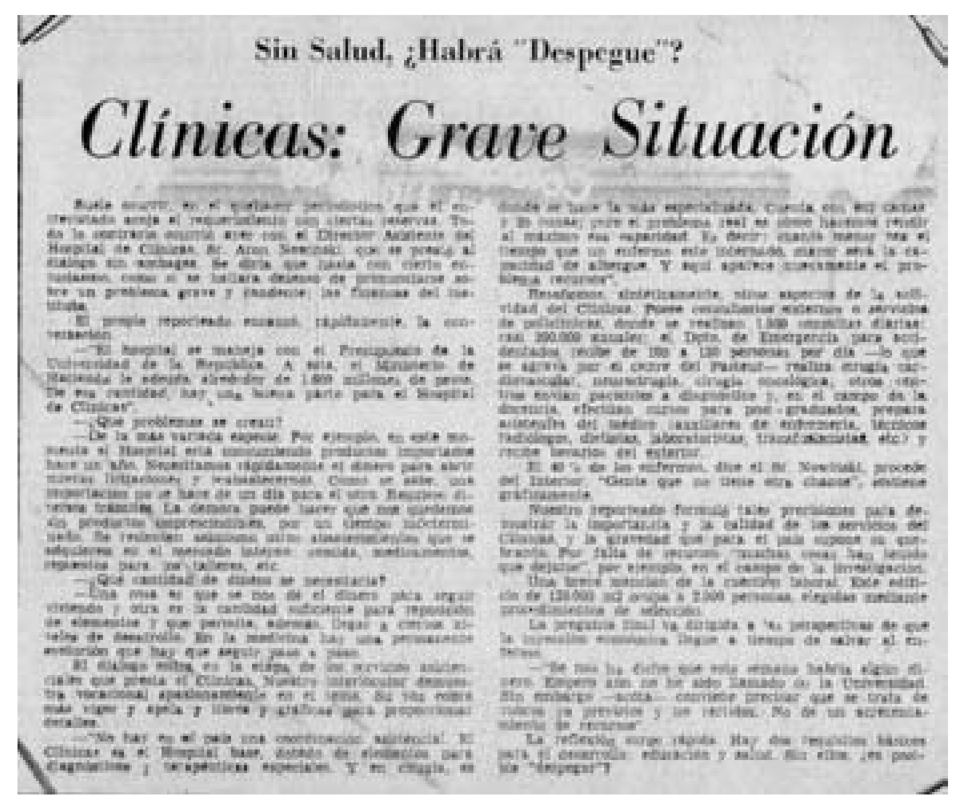
Figura 142.- *El País*, 21 de marzo de 1969. (FDAN).

En agosto de 1968 se produjo la muerte del estudiante universitario Líber Arce, baleado por las fuerzas policiales en una movilización estudiantil y llevado de inmediato al Hospital de Clínicas, donde se le comprobó una grave herida

vascular por la que falleció a pesar de los intentos médicos por salvarle la vida. Otros heridos en movilizaciones reprimidas por la Policía fueron, en distintas ocasiones, trasladados al Hospital para su atención. También lo fueron víctimas de agresiones racistas, con heridas en forma de svástica, fruto del inusitado clima de violencia que había inundado al país.

En marzo de 1969, una extracción de córnea cadavérica para implantar en una niña dio lugar a titulares y comentarios escandalizados centrados en el Hospital (Fig. 142). Vuelta la calma, tuvo como resultado la discusión a nivel público del tema de la donación de tejidos y de órganos cadavéricos, con intervención de expertos, dejando un saldo positivo. La falta de recursos del Hospital volvió al primer plano (Fig. 143 y 144).

Como culminación de una intensa prédica periodística en contra del Hospital y de acusaciones de ser poco menos que una cueva tupamara, el 8 de agosto de 1970 se produjo una inspección del Hospital con irrupción de fuerzas policiales (Fig. 145). Este operativo volvió a repetirse el 29 de enero de 1971. Estos “allanamientos” del Hospital de Clínicas se hicieron en busca de armas, material de los tupamaros o de alguno de los secuestrados por el Movimiento de Liberación Nacional (MLN). Nada de esto se halló en los locales hospitalarios.


Sin Salud, ¿Habrá "Despegue"?

Clínicas: Grave Situación

Figura 143.- *El Día*, 5 de noviembre de 1969. (FDAN).



NUNCA LE FUERON RETACEADOS RECURSOS ORIGINADOS POR LEY, DE MANERA TAN BRUTAL

EL HOSPITAL DE CLINICAS ATRAVIESA EL PERIODO MAS CRITICO DE SU VIDA

Habla su director, el Dr. Hugo Villar

Figura 144.- *El Popular*, 8 de abril de 1970. (FDAN).



4 SABADO 8 DE AGOSTO • INFORMACION *ya!*

EL CLINICAS NO ERA UN ENTERRADERO SEDICIOSO

Figura 145.- *Ya*, 8 de agosto de 1970. (FDAN).


"PROCEDIMIENTO DE FASCISTAS"

ASI DEFINIO EL Dr. VILLAR, DIRECTOR DEL CLINICAS, EL ENORME OPERATIVO QUE LANZO INFRUCTUOSAMENTE ESTA MAÑANA LA POLICIA: DESTROZOS EN EL HOSPITAL Y LA FAC. DE VETERINARIA: IMPIDIERON OPERAR A LOS CIRUJANOS

ya

Figura 146.- *Ya*, 29 de enero de 1971. (FDAN).


OSCAR H. BRUSCHERA

CLINICAS: UN NUEVO ATENTADO

POR segunda vez en pocos meses, el Hospital de Clínicas ha sido víctima del odio y la estulticia de las llamadas fuerzas del orden.

En agosto del año pasado escribíamos sobre la primera "inspección". "Entre los operativos planeados por las fuerzas policiales y militares, se incluyó el allanamiento e inspección del Hospital de Clínicas. Según las entendederas de los responsables del aparato represivo estatal, podía el monumental edificio —donde trabajan cientos de personas, adonde concurren diariamente miles, incluidos enfermos, familiares, profesores, estudiantes, técnicos, de variada condición y disímil ideología— albergar a los tres secuestrados entonces buscados con más frenesí que criterio. Un minucioso registro de salas, laboratorios, cocinas y lavanderías, amén de las oquedades de los aledaños, arrojó el resultado previsible para cualquier sujeto no obnubilado por la desorientación y el odio."

Los procedimientos de ahora fueron mucho peores

Figura 147.- *Marcha*, 5 de febrero de 1971 (FDAN).

El resultado fue una gran conmoción entre pacientes y la generación de un variado anecdotario (Fig. 146 y 147).

Estos sucesos y las reacciones que provocaron acentuaron la campaña contra el Hospital, que se vio incrementada en 1971por la candidatura de Hugo Villar a la Intendencia de Montevideo por el Frente Amplio. A las críticas de la prensa llamada grande, se sumaron a partir de junio las de un grupo de funcionarios del Hospital, denunciando supuestas graves arbitrariedades cometidas por Villar (Fig. 148 y 149). En el correr del año 1972, pasadas las elecciones nacionales, persistió la situación conflictiva. En agosto un grupo de 15 personas pretendió tomar por asalto al Hospital. En octubre comenzó otra campaña solicitando el pase del Hospital al Ministerio de Salud Pública, no apoyada por los

FUNCIONARIOS ENJUICIAN ACTUACION DE VILLAR EN LA DIRECCION DEL HOSPITAL DE CLINICAS





SEGURO DE PARO

COMUNICADO a los ESTABLECIMIENTOS METALURGICOS



CAJA DE INDUSTRIA Y COMERCIO

BANCO DE PREVISION SOCIAL

Figura 148.- *El País*, 28 de junio de 1971. (FDAN).

...nuestro país.

EL MUESTRARIO DEL Dr. VILLAR

Amplia difusión ha tenido el extenso comunicado dado a conocer por el Comité "Lealtad y Acción" de los funcionarios del Hospital de Clínicas, como para que todo el país no sepa —de boca de los propios subalternos del Dr. Hugo Villar— quién es y cómo actúa el candidato a intendente del inefable Frente.



Varios botones...

—"En 1960 el Dr. Villar recibió en sus manos un hospital en pleno funcionamiento, en vías de desarrollo y perfeccionamiento; en él ha ejercido su dirección durante diez años, al cabo de los cuales deja un esqueleto constituido por las paredes y, como buen burócrata, muchos papeles en los archivos", son palabras de los funcionarios del Clínicas.

—"Siempre que debió definir algo desde el punto de vista político, el Dr. Villar lo hizo ligado a la política de partido, y lo hizo siempre con el lema Partido Comunista", son palabras de los funcionarios del Clínicas.

—"El Dr. Villar ha practicado siempre la expropiación indebida del trabajo, con los funcionarios del hospital: entregándoles y responsabilizándoles de funciones correspondientes a grados superiores, durante años, sin ordenar el pago que corresponde por subrogación en el servicio cumplido", son palabras de los funcionarios del Clínicas.

...nes dentro del hospital a lo... dirigentes que le son adictos, p... líticamente, incondicionales, ... perseguir y aplicar sanciones ... los que no son serviles", son p... labras de los funcionarios d... Clínicas.

—"Otros ejemplos de arbitr... riedades del Dr. Villar: 1) baj... de grado a diversas auxiliares ... enfermería, después de hab... desempeñado durante much... años funciones de grado superi... ganados por concurso.

2) No cumplir en cuanto a h... rario y pago, lo que establec... las leyes y ordenanzas, para ... personal de Radiología y Radi... diagnóstico (Bomba de Cobalto...

3) Mantener durante años, fu... ra de la categoría que les c... rrespondía de acuerdo a las res... luciones del Consejo de la F... cultad de Medicina, y homolog... das por el Consejo Central U... versitario, al personal técnic... egresado de la Escuela de Co... boradores del Médico", son p... labras de los funcionarios c...

Figura 149.- *El Diario*, 3 de julio de 1971. (FDAN).

funcionarios del Hospital (Fig. 150), que en diciembre declararon una huelga, levantada a la semana.

El hostigamiento político actuando sobre la Universidad, sus Facultades y el Hospital de Clínicas, fue arrastrando a éste a situaciones dramáticas. En esas instancias críticas que se fueron agudizando, especialmente en lo económico, no faltaron los pronunciamientos del conjunto de organismos del Hospital hacia la opinión pública, en un intento de imponer cierta cordura.

Transcribimos a continuación el comunicado de prensa realizado el 11 de junio de 1973 (dieciséis días antes del golpe de Estado del 27 de junio de 1973), por la Comisión Directiva, la Dirección del Hospital, el Comité Ejecutivo del Cuerpo Médico y los Directores de los servicios Médicos del Hospital de Clínicas: [108]

Los Funcionarios del Clínicas Respaldan al Hospital Universitario

Figura 150.- *El Popular*, 8 de octubre de 1972. (FDAN).

"A LA POBLACIÓN:
Ante la situación de extrema penuria económica que vive el Hospital de Clínicas, que atenta contra la continuidad de una prestación asistencial digna a la población del país, así como la prosecución del ejercicio de las funciones inherentes a su condición de Hospital Escuela, la Comisión Directiva, la Dirección y el Comité Ejecutivo del Cuerpo Médico del Hospital han convocado con carácter grave y urgente a una reunión con los Jefes de servicios Médicos, que se realizó en el día de hoy. Al término de dicha reunión se acordó por unanimidad, dar a conocer el siguiente Comunicado:

El papel social que cumple el Hospital de Clínicas de la Universidad de la República es de una magnitud y naturaleza tales que cualquier interferencia en el desarrollo de sus funciones asistenciales, docentes y de investigación compromete la salud y atención médica de un vasto sector de nuestro pueblo, y en particular de aquel que más necesita de estos servicios y que no tiene capacidad económica para obtenerlos.
No menos de 300.000 habitantes de nuestro país son usuarios de los distintos servicios asistenciales del Hospital. De cada 100 pacientes, 42 provienen del Interior.

En sus Consultorios Externos y en su Depto. de Emergencia son asistidos a diario más de 1.000 pacientes ambulatorios y en sus Salas de Hospitalización existe ocupación plena de sus 617 camas durante todos los días del año.

El tipo de atención médica que realiza el Hospital de Clínicas, incluye aquellos del más alto nivel tecnológico, tales como: Cuidado Intensivo, - por el que han pasado más de 500 pacientes en los 20 meses que lleva de funcionamiento, - Cirugía de corazón, realizada en más de 100 pacientes en el último año; - Neurocirugía, - de emergencia y de elección – que supera las 500 intervenciones por año; aplicación de diálisis mediante el uso del riñón artificial a más de 100 pacientes por año; cirugía general y de especialidades a cerca de 6.000 pacientes por año, de los cuales un 80% requieren cirugía mayor – entre las que se incluye la cirugía destinada al tratamiento de los pacientes neoplásicos.

El Hospital de Clínicas es el único centro asistencial del país que está capacitado con recursos humanos y equipos como para desarrollar este tipo de atenciones y ponerlas al servicio de toda su población, a pesar de la situación crítica por la que atraviesa desde hace más de un quinquenio.

Esta situación se ha agudizado recientemente por factores ajenos a la capacidad y al esfuerzo que a diario despliega su personal y se inscribe en la dramática situación que vive la Universidad, y los servicios de atención médica públicos y privados, que pertenecen al sector Salud.

Las consecuencias inmediatas de esta crisis a nivel del Hospital, se reflejan en el crecimiento permanente de la demanda a cifras tales que exceden las posibilidades de la institución y la consiguiente imposibilidad de hospitalizar pacientes que lo requieren en forma inmediata, y la postergación de la internación de pacientes asistidos en sus Consultorios Externos que deben culminar sus tratamientos médicos o quirúrgicos. Así ha llegado a transformarse en un hospital de emergencia, puesto que más del 80% de sus camas están ocupadas a diario por pacientes en situación de emergencia o urgencia.

La penuria económica por la que atraviesa el hospital universitario, limita las posibilidades de estudio de las afecciones, pues se carece de materiales fundamentales, tales como: películas radiográficas, sustancias de laboratorio, y otros materiales de uso diagnóstico. Por otra parte la limitación se extiende a las posibilidades terapéuticas, dada la falta de muchos medicamentos imprescindibles en múltiples enfermedades; de instrumental quirúrgico y otros materiales de consumo médico.

No menos grave es la situación de los servicios de mantenimiento, tales como: los generadores de vapor, tan necesarios para la esterilización de los materiales que se utilizan en las intervenciones quirúrgicas, en la preparación de sueros medicamentosos, en el lavado de la ropa, en la preparación de alimentos, en la calefacción, etc.

Todos estos hechos tienen como causa fundamental la insuficiencia de los recursos – al límite de la asfixia económica – que padece el Hospital.

Esta insuficiencia crónica reagudizada en el momento actual está en relación directa con una dotación de recursos financieros insuficientes, insegura, e

inoportuna en su cumplimiento, así como en la imposibilidad de realizar las importaciones de más de 70 licitaciones oportunamente adjudicadas por el Hospital y autorizadas por los organismos competentes en los últimos 6 años, que comprende rubros esenciales tales como: autoclaves para esterilización, generadores de vapor, películas radiográficas, materia prima para elaboración de medicamentos por la planta industrial del Depto. de Farmacia, antibióticos, instrumental quirúrgico y equipos médicos de diagnóstico.

Estos factores han condenado a lo largo de estos años al Hospital a una situación de deterioro de sus funciones, no solo asistenciales, sino docentes y de investigación que en última instancia repercute sobre el nivel de Salud de la población, la correcta capacitación de los recursos humanos, profesionales, técnicos y auxiliares de la Salud y la imposibilidad de realizar investigación médica nacional sobre los problemas de salud que por su magnitud y naturaleza exigen atención prioritaria.

Como en cualquier situación de emergencia se requieren medidas inmediatas que actúen frente a la crisis para detenerla, y medidas de fondo que ataquen las causas determinantes de la crisis.

***Las soluciones inmediatas** a la crisis actual deben centrarse en dos medidas fundamentales:*

1. *Entrega de los recursos financieros que por Ley presupuestal le corresponden a la Universidad y a su Hospital y que a la fecha asciende – en el ejercicio 1973 – a $ 890:000.000,oo – deuda contraída por el Ministerio de Economía y Finanzas por la entrega incompleta de los 5 primeros duodécimos del año en curso, y la entrega de los $ 3.000:000.000,oo de deuda que el Gobierno mantiene con la Universidad en los 5 años anteriores a 1973.*
2. *La autorización de las importaciones pendientes desde el año 1967, que superan las setenta (70) en el momento actual.*

Ambas medidas permitirían al Hospital retornar a su funcionamiento normal.

***Las soluciones de fondo** exigen la puesta en marcha de una política de Salud y atención médica que responda auténticamente a las necesidades de nuestra población, y que sólo es posible a través de cambios cualitativos de la estructura sanitaria y demás estructuras sociales y económicas.*

El Seguro Nacional de Salud, como mecanismo que atiende una necesidad social ineludible y cuya doctrina compartimos, no es solución inmediata.

*Los recursos se necesitan **ahora,** en forma urgente, para hacer frente a los reclamos imperiosos que, en materia de atención médica, plantea nuestra comunidad."*

Los mismos reclamos fueron hechos por los directores Nowinski y Ripa a la prensa (Fig-151).

Sólo Promesas y Compromisos es lo que Recibió, al Momento, el Clínicas

Vista parcial de la reunión realizada el jueves de la Comisión Directiva del Clínicas, cuando realiza una exposición el Dr. Julio C. Ripa, subdirector del centro universitario

LAS CALDERAS, LO INMEDIATO

LAS ENTREGAS PRESUPUESTALES

Figura 151.- *El Popular*, 16 de junio de 1973. (FDAN).



Figura152.- Carteles pegados en las paredes interiores del Hospital anunciando la ocupación del Hospital luego del golpe del 27 de junio. Fotografía tomada por Aurelio González. (AFHC).

Disolución de las Cámaras Legislativas

Producida la disolución de las Cámaras Legislativas el 27 de junio de 1973, y decretada la huelga general promovida por los trabajadores, el Hospital fue ocupado (Fig. 152) y en la torre principal, se podía leer en sentido vertical: "HOSPITAL OCUPADO" y debajo, en sentido horizontal: "AFHC – CNT", cartelería que en total ocupaba diez pisos (Fig. 153). El gobierno decretó el 11



Figura 153.- Enormes letras de un piso de altura dejan leer: "HOSPITAL OCUPADO AFHC CNT". Fotografía tomada por Aurelio González. (AFHC).

de julio la disolución de la Convención Nacional de Trabajadores. La huelga, diluida por agotamiento, se levantó.

Veinte años de la inauguración del Hospital de Clínicas

En ese ambiente desbordante de tensión, ansiedad e incertidumbre, premonitorio de los acontecimientos que se vislumbraban, el 21 de setiembre de 1973 se realizó en el hall de entrada del Hospital un acto celebrando los 20 años de su inauguración (Fig. 154). Participaron en el estrado el Rector de la



Figura 154.- Afiche anunciando la celebración de los veinte años del Hospital de Clínicas. Diseño realizado por los estudiantes de la Escuela de Bellas Artes de la UDELAR. (FDAN).



Figura 155.- En el estrado que presidió el acto por los 20 años del Hospital se encuentran, de izquierda a derecha: Julio Ripa, Hugo Villar, Pablo V. Carlevaro, Samuel Lichtensztejn, Luis Castillo, Aron Nowinski, Rafael Copelo, Carlos Surraco. (FDAN).

Universidad Samuel Lichtensztejn, el Decano Pablo Carlevaro, el Presidente de la Comisión Directiva Luis A. Castillo, el Director Hugo Villar, los Directores Asistentes Aron Nowinski y Julio C. Ripa, el Arq. Carlos Surraco y el delegado de los funcionarios a la Comisión Directiva del Hospital de Clínicas, Sr. Rafael Copelo (Fig. 155). En la oratoria se hizo énfasis en la trayectoria del Hospital, en sus actuales carencias y en la autonomía universitaria (Figs. 156 y 157).



Figura 156.- Hace uso de la palabra Rafael Copelo, delegado de los funcionarios a la Comisión Directiva del Hospital de Clínicas. (FDAN).



Figura 157.- En el mismo acto habla Hugo Villar, Director del Hospital. (FDAN).



Figura 158.- Distintivo entregado a los funcionarios con 20 años de actuación (FDAN).

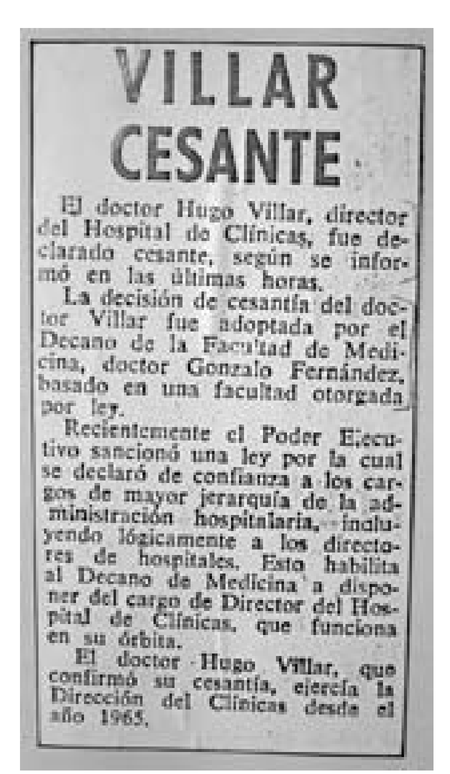
Finalmente, se hizo entrega de un distintivo a los funcionarios que habián cumplido 20 años de labor. (Fig. 158)

Destitución del Director del Hospital

La esperada intervención de la Universidad se produjo un mes después, el 27 de octubre, probablemente por la esperanza del Poder Ejecutivo de que las elecciones universitarias de setiembre mostraran un rechazo a las autoridades en ese entonces vigentes en la Universidad. Esperanza frustrada por el triunfo de las listas gremiales en todos los órdenes y el menguado apoyo a las listas opuestas al oficialismo universitario.

La intervención de la Universidad significó la prisión del Rector Samuel Lichtensztejn y de los decanos Julio Ricaldoni de Ingeniería, Danilo Astori de Ciencias Económicas, Julio Arsuaga de Medicina, Alberto Castillo de Veterinaria, y Julián González Methol de Odontología. Significó también la designación como Rector Interventor del Prof. Edmundo Narancio. La nueva autoridad universitaria eligió Decanos Interventores para todas las Facultades. En Medicina fue designado el Prof. Agdo. Dr. Gonzalo José Fernández Marana, hasta su fallecimiento el 2 de enero de 1980.

El Hospital de Clínicas continuaba siendo dirigido por Hugo Villar, Aron Nowinski y Julio Ripa, pero tanto la situación funcional como la económica se hacían más asfixiantes



VILLAR CESANTE

El doctor Hugo Villar, director del Hospital de Clínicas, fue declarado cesante, según se informó en las últimas horas.

La decisión de cesantía del doctor Villar fue adoptada por el Decano de la Facultad de Medicina, doctor Gonzalo Fernández, basado en una facultad otorgada por ley.

Recientemente el Poder Ejecutivo sancionó una ley por la cual se declaró de confianza a los cargos de mayor jerarquía de la administración hospitalaria, incluyendo lógicamente a los directores de hospitales. Esto habilita al Decano de Medicina a disponer del cargo de Director del Hospital de Clínicas, que funciona en su órbita.

El doctor Hugo Villar, que confirmó su cesantía, ejercía la Dirección del Clínicas desde el año 1965.

Figura 159.- *El Diario*, 5 de julio de 1974. Destitución de Villar. (FDAN).

cada día. La realidad que vivía el Hospital fue descripta por su director en una entrevista que le realizó el diario *El Día,* en la que desnudó las carencias que jaqueaban su funcionamiento. Por estas declaraciones, el Decano Interventor de la Facultad de Medicina aplicó una sanción al Director Hugo Villar, que fue ratificada por el Ministro de Educación y Cultura el 4 de abril de 1974.[109]

El 5 de julio de 1974 Hugo Villar fue declarado cesante por el Decano Interventor de la Facultad de Medicina. Esta era la explicación dada por un órgano de prensa de la época:

"Recientemente el Poder Ejecutivo sancionó una ley por la cual se declaró de confianza a los cargos de mayor jerarquía de la administración hospitalaria, incluyendo lógicamente a los directores de hospitales. Esto habilita al Decano de Medicina a disponer del cargo de Director del Hospital de Clínicas, que funciona en su órbita".[110] (Fig. 159)

MEDIDAS PARA RESTABLECER EL ORDEN EN HOSPITAL DE CLINICAS

El Director del Hospital de Clínicas Dr. Enrique Boix adoptó ayer las primerísimas providencias tendientes a restaurar el necesario principio de autoridad y coordinación en el principal nosocomio del país.

Si bien hay un fuerte hermetismo oficial, se pudo advertir que fuera de las horas dedicadas al ingreso de estudiantes o visitantes de enfermos, el control del ingreso al hospital era controlado a los efectos de dar validez a las disposiciones reglamentarias que tienen por objetivo el normal desenvolvimiento de la actividad médica y educativa, y la preservación de la tranquilidad de los pacientes.

El Dr. Boix, con sus asesores, sigue manejando medidas a arbitrar próximamente con el objetivo de restaurar el principio de autoridad y la oragnización. Esta había sido gravemente afectada en los últimos años por la actividad política y la politización de los mandos.

Sin embargo, se señaló anoche que la recuperación del hospital es una tarea larga, que precisará de nuevos fondos y una mejor administración de los mismos.

Figura 160.- *El Día*, 6 de julio de 1974. Medidas a tomar por el nuevo Director Enrique Boix para restablecer el orden en el Hospital. (FDAN).

Ese mismo día, 5 de julio, asumió la Dirección del Hospital de Clínicas el Dr. Enrique Boix y adoptó las primeras medidas (Fig. 160). Médico radiólogo, había sido Adjunto de Clínica del Departamento de Radiología del Hospital de Clínicas. En 1970 realizó un curso especial de administración y organización hospitalaria en la República Argentina. Al momento de su designación desempeñaba el cargo de Subdirector Técnico del Hospital Central de la Fuerzas Armadas con el grado de Mayor.[111]

Daba comienzo el largo proceso de intervención del Hospital, que duraría más de 10 años.

Datos biográficos de Hugo Villar*

Hugo Villar Teijeiro (Fig. 161) nació en Montevideo, el 20 de noviembre de 1925. Inició su formación desde estudiante vinculado a la Histología y luego al Departamento de Anatomía Patológica. Pensaba en ser patólogo. Pero algo ocurrió en su destino y con el famoso patólogo alemán del siglo XIX, Rudolf Virchow (1821-1902), tal vez coincidió en este pensamiento:

> *"La Medicina no es sino política en gran escala."*
> *"La reforma médica necesaria es sólo una parte de la reforma de la sociedad."*

Tuvo una intensa militancia estudiantil que lo llevó a ser miembro de la Comisión Directiva y Secretario General de la Asociación de los Estudiantes de Medicina. Desde esa época reveló un profundo interés en la administración hospitalaria, por lo que fue elegido delegado de los estudiantes a la flamante Comisión del Hospital de Clínicas, donde tuvo un magnífico desempeño, primero como delegado y luego como secretario del Decano, en la época en que recaía sobre quien conducía la Escuela de Medicina, la mayor responsabilidad en la dirección del Hospital. Tempranamente, antes de recibirse como médico, comenzó su trayectoria como Especialista en Salud Pública y en Administración de Servicios de Salud. Tuvo maestros extranjeros de altísimo nivel, tal vez los mayores exponentes de su época, que cuando no había aquí nadie con formación académica para hacer Administración de Salud, vinieron al Uruguay a brindar enseñanza, que fueron los Dres. Odair Pacheco Pedroso, de São Paulo, Brasil, Hugo Enríquez Frödden de Chile y Guillermo Almenara Irigoyen de Perú, grandes maestros a los que guardó siempre respeto, admiración y cariño. Realizó

---

* Esta semblanza fue confeccionada a partir del discurso pronunciado por Antonio L. Turnes, en el acto de homenaje a Hugo Villar, al recibir el Premio "Dr. Abraham Horwitz" de la Organización Panamericana de la Salud, el 5 de setiembre de 2008, al conmemorarse el 75º aniversario del proceso fundacional del Ministerio de Salud Pública.

con ellos cursos intensivos, pero además fue Director Asistente de Almenara, hacia el final de su gestión. De modo que hizo una larga experiencia de aprendizaje y resolución de problemas, reuniendo un amplio bagaje de conocimientos y antecedentes a lo largo de sus años más jóvenes, lo que sin duda, contribuyó a una visión global más rica.


Figura 161.- Dr. Hugo Villar

Se graduó como Médico en diciembre de 1959, asumiendo poco después como primer Director titular uruguayo la conducción del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Tenía entonces apenas 34 años.

Cuando asumió como primer Director seleccionado por concurso de méritos del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", en un discurso rico en significado, pleno de entusiasmo para acometer la tarea, decía:

"La palabra hospital, por su etimología, por su significado, por su origen, resume los más elevados sentimientos que caracterizan a la especie humana. Hospitalario es, según el diccionario, el que socorre y alberga a los necesitados y además, dícese del que acoge con agrado y agasaja a quienes recibe en su casa.

"En ese significado simple, va implícito un concepto trascendente; cuando asistimos a alguien en el Hospital, estamos ante todo, recibiendo un huésped en nuestra casa, al servicio del cual debemos poner lo mejor de nuestra capacidad, todo lo que ofrezca en su beneficio la ciencia y la técnica más moderna y más eficaz, pero al mismo tiempo poner en la ayuda calor humano y simpatía. Factores indispensables en el proceso de recuperación, si se tiene presente que el personal del Hospital constituye en cierto modo, en ese momento, la familia del paciente.

"En el significado de la palabra, va pues un concepto de solidaridad humana, que es expresión del sentimiento que sirve de base de sustentación de todo hospital.

"Por eso es la más noble de todas las empresas humanas y por eso es un privilegio trabajar en un hospital; porque además del pago material por el trabajo, se recibe una compensación que no se puede medir en dinero, porque son inconmen-

surables las satisfacciones que produce el cumplimiento de una misión de propósitos tan elevados."

A ese momento de claridad de objetivos y compromiso inicial, siguieron años de intenso y fecundo trabajo, cumpliendo ampliamente aquellas metas programáticas, en medio de un mar de satisfacciones mezcladas con dificultades.

Organizó el Departamento de Enfermería del Hospital, de una manera brillante, a cargo de la Nurse Dora Ibarburu, tan recordada, que fuera la primera Directora de la Escuela Universitaria de Enfermería, antecesora de la actual Facultad. Durante su mandato se realizó el primer transplante renal en el Uruguay, en su Hospital, que fue una sorpresa formidable en junio del año 1969, enseñando, de paso, cómo se maneja la información para trascender a la población en un hecho tan impactante. Fue el fundador, el impulsor con su equipo, del primer Centro de Tratamiento Intensivo que hubo en el Uruguay, en 1971, que había planeado con las Comisiones Directivas presididas sucesivamente por Constancio Castells, Jorge Dighiero y Luis A. Castillo. La Dirección que integraba en 1972 dio su apoyo al estudio y elaboración del proyecto de creación del Centro Nacional de Quemados, que sería realidad veinte años más tarde. Consolidó un equipo de Dirección de mucho valor integrándolo con el Dr. Julio César Ripa Barbieri y el Dr. Aron Nowinski, que fueron sus compañeros inseparables.

Escribió, con otros colaboradores de su equipo, capítulos de la obra *Medicina Sanitaria y Administración de Salud* que encabezó Abraam Sonis[112] y que constituye un libro de cabecera muy querido, y empleado en toda América Latina.

Es autor de un libro señero junto con los doctores Julio C. Ripa y Aron Nowinski sobre *Especificaciones y Descripciones de Cargos* del Hospital de Clínicas, que también tuvo el honor de ser el primero en su género en Iberoamérica. Constituye una de las claves de administración de personal en una organización de salud, grande y de alta complejidad. Obra que mereció los más amplios elogios de las publicaciones especializadas de su tiempo, a fines de 1969.

La OMS, en su Constitución de 1948, define la salud como *"un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"*.

Junto al médico salubrista cubano Roberto Capote Mir elaboraron una nueva definición de Salud, *aggiornando* aquella vieja y conocida de la Organización Mundial de la Salud del año 1948. Esto lo hicieron por los años ´80, y es una referencia internacional insoslayable.

La nueva definición aporta un criterio más amplio, dinámico y moderno:

"La salud es una categoría biológica y social en unidad dialéctica con la enfermedad, resultado de la interrelación armónica y dinámica entre el individuo y su medio, permite al individuo el cumplimiento de su rol social, está condicionada al modo de producción y a cada momento histórico del desarrollo de la sociedad, constituye un inestimable bien social y su atención es un derecho humano fundamental".

Es más rica, didáctica y tiene el fluir de la ciencia y de la vida.

Pero sobre todas las cosas, hizo de su vida una pasión por la salud, articulando teoría y praxis, por definir claramente lo que sería la misión y visión de un Sistema Nacional de Salud, como el que hoy tenemos, aportando una concepción teórica que él desarrolló y enseñó a través de sus clases, sus conferencias y sus libros. Además de sus numerosas exposiciones y trabajos científicos para Congresos y Jornadas sobre Doctrina, Política y Planificación de Salud, donde definió hace décadas claramente los conceptos de Sistema, Servicio y Seguro Nacional de Salud, tan necesarios para la realidad de hoy, ha publicado recientemente dos libros, uno en 2003 y otro en 2005 como ayudas para encarar mejor tan arduo y difícil camino. El primero, denominado *"Salud: Una política de Estado",* elabora una guía hacia el Sistema Nacional Integrado de Salud. El segundo, denominado *"Descentralización en Salud",* en colaboración con el Director del Hospital Regional de Tacuarembó, Dr. Ciro Ferreira Márquez, sienta las bases de una larga deuda que mantiene nuestro sistema de salud, y que ahora ve la luz al final del túnel, mostrando un camino real, un modelo posible y ya transitado, para que la macrocefalia montevideana deje de impedir el desarrollo de núcleos regionales y departamentales que beneficiarán la amplia red que debe formar el Sistema.

Y aún hoy, en este mismo momento, está concluyendo su próximo libro con Roberto Capote Mir y un importante conjunto de colaboradores de todos los tiempos, usando a plenitud las herramientas de la telecomunicación que nos brinda el mundo actual.

Esa transformación de las estructuras de salud, que plasmó en sus libros y cursos, respetando la diversidad y buscando la integración de todos los actores, es tal vez la razón suprema por la que la Organización Panamericana de la Salud le confirió el Premio "Dr. Abraham Horwitz", que le honra, reconoce su liderazgo natural y prestigia a nuestro país, en el concierto de las naciones.

Hizo del Hospital su razón de ser, su pasión y su vocación de vida, haciendo y enseñando. Y de la enseñanza de la Salud Pública y la Administración de Salud el eje principal de su acción pedagógica. Ese es su principal legado, lo que nos deja como ejemplo; y hasta hoy se preocupa por estar informado, producir, escribir, contribuir, estimular a que otros hagan proyectos por los que él soñó y que ya está viendo convertirse en realidad.

Decía en aquel discurso inaugural, Villar, en 1960, pocos meses después de haberse graduado:

"En los siete años de vida del Hospital de Clínicas, mucho es lo que se ha logrado, si se analiza serenamente, teniendo como base el punto de partida; poco, si tenemos en cuenta lo mucho que a través de esta Institución anhelamos realizar."

"Por suerte que, mucho es lo que queda por hacer. Por lejanas que algunas de las metas parezcan, las seguiremos persiguiendo, convencidos de que son ideales, pero no irreales. En definitiva, lo importante no es llegar a la meta, sino estar en el camino, en marcha, avanzando."

Eso mismo podría decirse hoy del sistema de salud y de su reforma, que él ha contribuido a idear, discutir y esclarecer, aunque la fórmula adoptada no sea la ejecución de una receta, sino una interpretación libre, no dogmática.

Hugo Villar fue reclamado por importante grupo de ciudadanos para asumir la candidatura a la Intendencia Municipal de Montevideo, en 1971. Luego de algunas consultas, aceptó el desafío y trabajó intensamente para construir un programa factible para encarar la tarea. Más tarde, pasada la elección, fue convocado por el Prof. Pablo Purriel, entonces Ministro de Salud Pública, con quien tantos años había compartido el trabajo cotidiano del Hospital de Clínicas, para que integrara un equipo de asesores que delineara y proyectara lo que sería un Seguro Nacional de Salud, que no llegó a tomar estado parlamentario por las circunstancias políticas que vivió el país. En diciembre de 1972 fue elegido por unanimidad para presidir la 6ª. Convención Médica Nacional, donde se marcaron hitos y se elaboraron documentos fundamentales para orientar la Reforma del Sistema de Salud, el Estatuto del Trabajo Médico y la Colegiación Médica.

Al intervenirse el Hospital de Clínicas, marchó al exilio durante once años, donde ejerció funciones docentes y de dirección de servicios de salud en Cuba y España, y como asesor de OPS/OMS en numerosos países de la Región de las Américas. Fue Profesor y Jefe del Departamento de Administración de Salud en el Instituto de Desarrollo de la Salud, Cuba, 1974-1978, Profesor de Salud Pública y Administración de Servicios de Salud, España, 1978-1984, Consultor de OPS/OMS entre 1978 y 1998, en Argentina, Bolivia, Brasil, Cuba, Guatemala, Nicaragua, Estados Unidos de Norteamérica.

También fue Miembro Fundador del Instituto de Desarrollo de la Salud de Cuba, Miembro Fundador del Centro de Investigaciones y Estudios en Salud de Nicaragua, Miembro Fundador del Centro para el Desarrollo de la Gerencia Social en Bolivia, Profesor Invitado, Maestría del Departamento de Medicina Interna, Universidad Federal de Rio Grande do Sul, Brasil, 1994-1998, Profesor Honorario de la Universidad de Cochabamba, Bolivia.

Pasaron muchos años. Cuando retornó al Uruguay, tras once años de exilio, ya al filo de la Democracia, una multitud rodeó su recorrido desde el Aeropuerto hasta el Centro de Montevideo, aclamándolo y abrazándolo simbólicamente. Había sabido trabajar por la gente y hablarle al corazón. Desde la profesión y como ciudadano. Esa fue su fortaleza; esa es su gloria.

Volvió entonces a dirigir el Hospital entre 1985 y 1991, tratando de restañar las muchas heridas que en el noble edificio y en la formidable organización, la Dictadura había dejado. En diciembre de 1993 fue designado Profesor Emérito de la Facultad de Medicina de la UDELAR.

FUENTES Y REFERENCIAS DE LA CUARTA PARTE

1- CDFM. Acta del 12 de enero de 1961.
2- Informe Estadístico del Hospital de Clínicas 1963, publicado en 1964.
3- Informe Estadístico del Hospital de Clínicas 1964, publicado en 1965.
4- Informe Estadístico del Hospital de Clínicas 1965, publicado en 1966.
5- Informe Estadístico del Hospital de Clínicas 1966, publicado en 1967.
6- Informe Estadístico del Hospital de Clínicas 1968, publicado en 1969.
7- Informe Estadístico del Hospital de Clínicas 1969, publicado en 1970.
8- Informe Estadístico del Hospital de Clínicas 1970, publicado en 1971.
9- Informe Estadístico del hospital de Clínicas 1971, publicado en 1972.
10- Informe Estadístico del Hospital de Clínicas 1973, publicado en 1974.
11- Villar H: Discurso pronunciado al asumir la Dirección del Hospital de Clínicas. Transcripción parcial del original manuscrito (FDAN).
12- Villar H, Nowinski A: Informe de actuación quinquenio 1961-1965. Montevideo, 1966, Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", Universidad de la República. (FDAN).
13- Villar H, Nowinski A, Ripa JC: Informe de actuación quinquenio 1966-1970. Montevideo, 1970, Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", Universidad de la Repuública. (FDAN).
14- Nowinski A: Informe de actuación quinquenio 1971-1975. Montevideo, 1976, Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", Universidad de la República. (FDAN).
15- Comité Ejecutivo del Cuerpo Médico: Conceptos y definiciones sobre "Función Médica". Montevideo, 21 de diciembre de 1964. (FDAN).
16- Declaración del Comité Ejecutivo del Cuerpo Médico. Montevideo, 27 de mayo de 1965. (FDAN).
17- Villar H, Nowinski A, Ripa J C.: Administración de Personal - Especificación y Descripción de Cargos. Montevideo, 1969, Rosgal, 282 páginas.
18- Proyecto de presupuesto por programa 1968-1972. Montevideo, 1967, Hospital de Clínicas, 222 páginas.
19- Infecciones cruzadas en el Hospital. Editorial. *Hospitales y Clínicas*, México, 1970 (marzo) p:1907.
20- Burgues Roca S, Varela E: Historia de la Oficina del Libro. www.oflibro.fmed.edu.uy/páginas/historia.
21- Carta de Fundación de la Asociación Uruguaya de Administradores de Hospitales (FDAN).
22- Asociación Uruguaya de Administradores de Hospitales: Planeamiento y construcción de hospitales. Editor: Aron Nowinski. Montevideo, 1967, 204 páginas.
23- Minatta R: Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" 21-9-1953 al 31-12-1963. Informe estadístico elevado a la Dirección. Folleto mimeografiado. Montevideo, 1964, p:20. (FDHC).
24- Ibid.

25- Rizzi M: Historia de la enseñanza de la otorrinolaringología en Uruguay. Rev Med Uruguay 2000, 16(3):174-192.
26- Wilson E: Román Arana Iñíguez (1909-1976). En: Gutiérrez Blanco H: Médicos uruguayos ejemplares, Tomo 1, Buenos Aires, Prensa Médica Argentina, 1988, pp:208-214.
27- Wilson E: Neurología en el Uruguay. Actas VIII Cong Panam Neurol, Montevideo, 1991, pp 21-45.
28- Masliah R: Vivencias y recuerdos de la Ortopedia y la Traumatología en el Uruguay a partir de 1968. Montevideo, 2008, pp:87-93.
29- Villar H, Nowinski A: Clasificación de las intervenciones quirúrgicas en mayores, intermedias y menores. Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Publicaciones de la Dirección. Montevideo, junio de 1963. Versión mimeografiada de 83 pp. (FDAN).
30- Minatta R: Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, 21-IX-1953 al 31-XII-1963. Informe del Dpto. Historias Clínicas y Estadística Médica a la Dirección del Hospital, junio de 1964. Op.cit.
31- Puppo Touriz, Héctor y Ramírez, Fortunato: Antonio Sicco (1894-1949): En Médicos Uruguayos Ejemplares, Tomo II, pp. 327-330.
32- El programa de psicoterapia del Hospital de Clínicas. Varios autores. Montevideo, 2010, Programa de Publicaciones de CSIC, Universidad de la República, 231 páginas.
33- Nowinski A, Ripa JC, Villar H: Laboratorio clínico. En Sonis A y col: Medicina sanitaria y administración de salud. Tomo II: Atención de la salud. Buenos Aires, 1978, Editorial El Ateneo, pp:599-609.
34- Acosta L: Pedro Paseyro (1910-1979). En: Gutiérrez Blanco H: Médicos uruguayos ejemplares. Tomo 2, Montevideo, 1989, pp:435-438.
35- Vega Olivera D: Alfredo Pernin (1909-1993). En: Mañé Garzón F, Turnes AL: Médicos uruguayos ejemplares, Tomo 3. Montevideo, 2006, pp:531-533.
36- Nowinski A, Ripa JC, Villar H: Anestesiología. En: Sonis y col: Medicina sanitaria y administración de salud, Tomo II: Atención de la salud. Buenos ASires, 1978, Editorial El Ateneo, pp:636-644.
37- Roglia J.L.: Coartación de la aorta. Experiencia personal. Cong. Urug. Cir. 8º 1957 (1): 394-412-
38- Bado JL: José Luis Roglia (1903-1961). En: Gutiérrez Blanco H: Médicos uruguayos ejemplares, Tomo I, Buenos Aires, 1988, Prensa Médica Argentina, pp:201-203.
39- Amargos A., Armand Ugón V., Larghero P., Di Bello R.: Tres casos de equinococosis cardiopericárdica operados. Bol. Soc. Cir. Uruguay, 1946, 17:504-549.
40- Larghero P.: Quiste hidático calcificado implantado en aurícula derecha y venas cavas y a crecimiento en el espacio cisuval del pulmón derecha. Bol. Soc. Cir Uruguay, 1950, 212:281-287.
41- Larghero P., Di Bello R., Victorica A.: Pericarditis constrictiva hidática. Arch. Internac. Hidatidosis, 1950, 11:347-370.
42- García Zamora R: Primera cirugía cardíaca. *Noticias*, diciembre 2003, 119:27.

43- Scarlato S: Dr. Aníbal Ulises Sanjinés Bros. En: Fuera de consulta, Tomo VI. Montevideo, 2000, SMU - Ediciones Banda Oriental, pp:121-133.
44- Franco R: "Con la visita del Profesor Crafoord nuestra ciencia médica se ha enriquecido". *Mundo Uruguayo*, 7-1-1954, pp:20-21 y 48.
45- Malosetti H, Dighiero G: Jorge Dighiero (1912-1978). En: Gutiérrez Blanco H: Médicos uruguayos ejemplares, Tomo II. Montevideo, 1989, pp:439-447.
46- Argon L: A un año del fallecimiento del Dr. Alberto Barcia Capurro. *Noticias*, 2010, 156(mayo):37-38.
47- Scarlato S: Dr. Roberto Rubio Rubio. En: Fuera de consulta, Tomo III. Montevideo, 1997, SMU – Ediciones Banda Oriental, pp:95-105.
48- Sanjinés A, Rubio R, Abó JC, Verges J: La cirugía a corazón abierto con circulación extracorpórea. Cong Urug Cir 9º, 1958 (2):166-191.
49- Abó JC, Rubio R, Sanjinés A, Verges J: Cirugía a corazón abierto con hipotermia. Cong Urug Cir 9º, 1958 (2):144-165.
50- "La Universidad otorgó a Crafoord el excepcional Doctorado Honoris Causa". *El País*, 8-11-1958, p: 5.
51- "Cirujanos uruguayos empiezan a operar en marzo utilizando al nuevo corazón artificial". *Gaceta de la Universidad*. Año II, Nº 8, Febrero de 1959, p: 8.
52- Fiandra O, Astoviza M: Circulación extracorporal. *El Tórax*, 1969, 18(1):68-70.
53- Filgueira JL, Abó JC, Rubio R: Revascularización de miocardio. *El Tórax*, 1972, 21:163-176.
54- "A 35 años de la realización del primer bypass coronario en el Hospital de Clínicas". *Consultor de Salud Uruguay,* abril 2008, pp: 13:16.
55- Praderi R: Pioneros en cardiología. *Noticias SMU*, agosto-setiembre 2003, pp:20-21.
56- Furman S: Long-term survivors of pacemaker implants. *Pace*, 1996, 19:134-135.
57- Petruccelli D, Llopart T, Corio E, Turnes A: Recuerdos de los comienzos de la Nefrología en Uruguay, Montevideo, 2009, Gamma-Roemmers, 490 páginas.
58- Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Proyecto de presupuesto por programa 1968-1972. Montevideo, 1967, Universidad de la República, p:25.
59- Lemos F.: Historia de la medicina transfusional. Monografía. Escuela de Graduados, 2009, p: 82.
60- *Síntesis*, 1952 (enero-marzo), p:15.
61- Panizza R, Artucio H: 20º Aniversario del CTI, Hospital de Clínicas. Los veinte años. *Paciente crítico*, 1992, 5(Supl 1):7-11
62- Villar H: El Centro de Tratamiento Intensivo del Hospital de Clínicas. La génesis del Servicio. *Noticias SMU*, 2001 (diciembre), 114 (Separata):4-7
63- *El diente*. Revista del Centro de Estudiantes de Odontología, 1952 (agosto) Año 2, Nº. 11 (FDAN).
64- Praderi RC: Historia de la cirugía del trauma. En: Juambeltz C, Machado F, Trostchansky J (Eds.): Trauma la enfermedad del milenio. Capítulo 1. Montevideo, 2005, Editorial Arena, pp:21-35.

65- Ibarburu D, Nowinski A, Anselmi JC: Ausentismo del personal de enfermería del Hospital de Clínicas. Montevideo, 1972, Hospital de Clínicas.
66- Benedek P, Pradines J, Ríos Bruno G, Vázquez Varini F, Venturino W: Pedro Larghero: Cirugía y Pasión. Montevideo, 2000, 176 p: 120.
67- CDFM. Actas del 2 de setiembre de 1952 y 14 de octubre de 1952.
68- Id. Actas del 20 de octubre de 1953 y 7 de mayo de 1954 respectivamente.
69- Id. Acta del 20 de octubre de 1953.
70- Nowinski A, Secondi JC: Archivo Médico. Standard mínimo del archivo médico. Traducción de un capítulo del Manual of Hospital Standardization. Montevideo, 1951, texto mimeografiado, 17 páginas.
71- Manual of Hospital Standardization. Chicago, 1946, American College of Surgeons.
72- Informe de la Asamblea del Claustro sobre la anexión del Hospital de Clínicas a la Universidad. En: pH. *Órgano Oficial de la Asociación de Estudiantes de Química.* Montevideo, Nº1, abril-mayo 1949, p.p. 6-7 (FDAN).
73- Nowinski A, Ripa JC, Villar H: Alimentación y dietética. En: Sonis A y col: Medicina sanitaria y administración de salud, Tomo II: Atención de la salud. Buenos Aires, 1978, Editorial El Ateneo, pp:658-668.
74- Informe estadístico del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Montevideo, 1973, Universidad de la República, pp:7-9. (FDAN).
75- Presupuesto de la Universidad de la República. Ejercicio 1971. En: Cuadernos de Administración y Estadísticas Universitarias, Nº 2 (abril 1971), p:151 (FDAN).
76- Informe estadístico del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Montevideo, 1973, Universidad de la República, pp:13-25 (FDAN).
77- Panizza R, Artucio H: Op cit:7-11.
78- Villar H, Ibarburu D, Porta L, Rodríguez MA, Nowinski A: Programa de Asistencia Progresiva. Montevideo, 1961, Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". (FDAN).
79- Villar H, Ibarburu D, Porta L, Rodríguez MA, Nowinski A: Programa de asistencia progresiva. *El Hospital* 1962, 18(10):8-11 y 18(11):8-14. (FDAN).
80- Estudio del cargo de Residente en los Sanatorios del CASMU. Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay. Acta Nº 27, del 3 de noviembre de 1961. (FDAN).
81- Estudio del cargo de Residente en los sanatorios del CASMU. Comité Ejecutivo del SMU. Acta Nº27 del 3 de noviembre de 1961. (FDAN).
82- Problema de la Residencia en el CASMU. Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay. Acta Nº 14 del 30 de agosto de 1962. (FDAN).
83- Villar H: Consideraciones sobre Internado y Residencia en los Hospitales. Montevideo, noviembre de 1962. Folleto mimeografiado, 19 páginas (FDAN).
84- Ministerio de Salud Pública. Dirección de Planeamiento Presupuestario: Anteproyecto de Instalación del Régimen de "Residencia Médica Hospitalaria" en dependencias del Ministerio de Salud Pública (Antecedentes), Montevideo, 1970, documento copia carbónica de una introducción y 16 páginas, que llevan

la firma de Carlos Ibarlucea, Director de Planeamiento Presupuestario del MSP. (FDAN).

85- Reglamento del Régimen de Residencias Médicas Hospitalarias. *Diario Oficial* Nº 18.768, Tomo 267, 4 de abril de 1972.

86- Nowinski A: Breve programa para organizar la prevención de accidentes en el Hospital. Montevideo, 1960, Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". (FDAN).

87- Villar H: Programa para casos de desastres colectivos. El Qué, el Por Qué, el Cómo tratar los desastres colectivos. Aplicado especialmente al Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Montevideo, Uruguay, 1961, mimeografiado, 17 páginas. (FDAN).

88- Actividades de prevención de accidentes por quemaduras de fuegos artifíciales. *Boletín de la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa*. Marzo 1970, Nº 85.

89- Nowinski A: Organización de una Secretaría de Relaciones Públicas en el Hospital de Clínicas. Montevideo, 1960. Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". (FDAN).

90- Reglamento sobre interrelaciones entre el Hospital de Clínicas y la prensa.Aprobado por la Comisión Directiva del Hospital de Clínicas el 21 de agosto de 1962. Impreso de la Universidad de la República, Facultad de Medicina, 4 páginas. Imprenta del Hospital de Clínicas.

91- Nowinski A: Informe de los Progresos realizados en el Estudio para el desarrollo de un área programática para el Hospital de Clínicas de Montevideo. 30 de julio de 1973, Informe dirigido al Dr. Abraam Sonis, Director del Centro Latinoamericano de Administración Médica, OPS/OMS. Documento dactilografiado, 5 páginas (FDAN).

92- Nowinski A: Desarrollo de un área programática para el Hospital de Clínicas de Montevideo. En: *Atención Médica*, Vol 4**,** Nº 1-4 (junio 1975 – marzo 1976), pp:1-56.

93- Nowinski A, Ripa JC: La investigación en los hospitales. *Educ Med Salud* 1980, 14 (Nº 4):355-370.

94- Atención primaria de la salud: República Oriental del Uruguay. Documento Nº 23. MSP, UNICEP, GTZ, 1994, pp: 1-9. (FDAN).

95- Almenara G: Nota dirigida al Decano Prof. Crottogini el 7 de julio de 1960. Copia. (FDAN).

96- Sociedad de Cirugía Plástica del Uruguay. Anteproyecto de creación de un Centro de Quemados y Cirugía Plástica. Montevideo, 1972. (FDAN).

97- Nowinski A, Cirillo JP, Folle LE, Panizza R: Servicio de Control de Intoxicaciones. Centro de Información Toxicológica. Centro de Tratamiento de Intoxicaciones. Montevideo, 1973. Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", 28 páginas. (FDAN).

98- Seminario sobre Servicios de Atención Ambulatoria: Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 26 de agosto al 5 de setiembre de 1973, OPS/OMS, publicación mimeografiada, 116 páginas. (FDAN).

99- Ibíd. p:19.

100- Nowinski A: Desarrollo de un área programática para el Hospital de Clínicas de Montevideo (Rep. Uruguay). *Atención Médica:* Volumen 4, Nros. 1 al 4, junio 1975-marzo 1976, publicación de la OPS/OMS, Centro Latinoamericano de Administración Médica, pp. 1-56. (FDAN).
101- White KL: Life and Death and Medicine. *Scientific American* 1973 (Sept), 229 (3):23-33. (FDAN).
102- Sonis A y Colaboradores: Medicina Sanitaria y Administración de Salud, Tomo II (Atención de la Salud), Buenos Aires, Librería "El Ateneo", 1978, pp: 56-96.
103- Renthal A G: Atención Progresiva del Paciente. Informe sobre el Hospital de Clínicas, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay, del 4 al 8 de junio de 1973. Documento dactilografiado, 10 páginas. (FDAN).
104- Ibíd. p: 3.
105- Ibíd. p: 6.
106- Ibíd. pp: 9 – 10.
107- Visita de la Prensa al Hospital. Documento mimeografiado de 3 páginas, del 3 de octubre de 1973. (FDAN).
108- Comunicado de Prensa del 11 de junio de 1973 del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Mimeografiado, 4 páginas. (FDAN).
109- "Sanción a Villar". Diario *Ahora,* 4 de abril de 1974. (FDAN).
110- Diario *El Diario,* 5 de julio de 1974. (FDAN).
111- Diario *El Día,* 6 de julio de 1974. (FDAN).
112- Sonis A y col: Medicina Sanitaria y Administración de Salud. Tomo II. Atención de la Salud, 2ª Ed, Buenos Aires, 1983, Editorial El Ateneo, 857 páginas.

QUINTA PARTE

EL HOSPITAL DE CLÍNICAS Y LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD

"El hombre que está en el hospital, no como enfermo, sino el que asiste en el hospital; ese no puede ser un hombre cualquiera, ese tiene que ser un hombre especial, con la seguridad de que está cumpliendo allí una misión fundamental, con todos los derechos que le pueda dar el cumplir esa misión, pero con deberes que se tienen en el hospital y que no se pueden tener fuera del hospital; con derechos que se pueden tener fuera del hospital y con derechos que no se pueden tener dentro del hospital……..Un hospital no se puede detener, no basta decir que los servicios esenciales están garantidos, eso no es suficiente; en un hospital no hay servicios esenciales y servicios secundarios, el hospital es un todo que debe trabajar como tal; la planificación y la administración hospitalaria y el que trabaja en el hospital, deben saber que el derecho que pueda tener un obrero de una fábrica para detener la máquina, no lo tiene un funcionario de un hospital para detener su trabajo en el hospital, porque la máquina puede esperar, pero el ser que sufre, que quizás sufre más de lo que debiera, ese tiene derecho superior a cualquier otro derecho gremial que se pueda esgrimir."

Washington Buño*
Decano de la Facultad de Medicina

* Discurso del Decano de la Facultad de Medicina en el acto inaugural de las primeras jornadas organizadas por la AUAH del 13 al 19 de diciembre de 1965 en el Balneario Solís, Uruguay. (FDAN).

QUINTA PARTE

CAPÍTULO XX
Capacitación y formación

CAPÍTULO XXI
Formación de médicos especialistas

CAPÍTULO XXII
Formación del personal necesario en Enfermería

CAPÍTULO XXIII
Nutrición y Dietética

CAPÍTULO XXIV
Servicio Social

CAPÍTULO XXV
Otros Profesionales y Técnicos de la Salud
(Ex Auxiliares o Colaboradores)

CAPÍTULO XX

CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN

Una de las inquietudes que más preocuparon a las autoridades de la Facultad de Medicina luego de hacerse cargo del Hospital de Clínicas fue la formación de todo el personal que junto al médico integraba el equipo de salud, personal que fue denominado "auxiliares" o "colaboradores" del médico en distintos momentos y que hoy se reúnen en la denominada Escuela de Tecnología Médica, antes llamada Escuela de Colaboradores del Médico y antes aún, Sección Auxiliares del Médico. La gigantesca tarea de poner en funcionamiento el Hospital Universitario, requirió a la vez, pensar, organizar, ejecutar y evaluar en forma sistemática y continuada, la formación de los recursos humanos indispensables para dotarlo de vida para un funcionamiento regular, muy diferente del modelo hospitalario imperante en esa época en el país, y único conocido. Existían la Escuela "Dr. Carlos Nery" para formar Nurses, una Escuela de Parteras desde hacía muchos años en la Facultad de Medicina, una escuela de Nutrición y Dietética originada en la cátedra de Gastroenterología, cursos de auxiliares de enfermería en el Ministerio de Salud Pública, aunque no de manera sistemática, y en alguna otra institución. Pero la formación de técnicos no estaba regulada, los títulos no tenían, en general, respaldo universitario y la cantidad de egresados de los cursos era absolutamente insuficiente para las necesidades del país y ni siquiera cubrían las necesidades del flamante Hospital de Clínicas. De ahí que durante los primeros años el Decano Mario Cassinoni dedicara especial atención al tema, favoreciendo la formación de la Escuela Universitaria de Enfermería, dándole carácter universitario a la Escuela de Dietistas, y creando una Escuela de Colaboradores, de técnicos, en distintas disciplinas, bajo la órbita de la Facultad de Medicina, así como organizando diversos cursos. Esta actitud fue mantenida por los siguientes decanos y autoridades del Hospital, y a medida que los distintos egresados se incorporaban al plantel asistencial del Hospital,

la formación de colaboradores ganaba en calidad y cantidad. Todas esas organizaciones educativas orientaron su labor a la formación de recursos humanos calificados, en primer lugar para asegurar la dotación del Hospital. Sólo después de haber logrado ese objetivo, se dedicaron dichas organizaciones educativas a expandir su formación hacia el resto de la comunidad nacional, no sin arduos esfuerzos. Contribuiría de este modo, la Facultad de Medicina, al desarrollo y al mejoramiento del nivel de calidad de los recursos humanos para la salud del país, en forma efectiva, que hasta entonces había carecido de ellos, o los había tenido con formación no sistemática y azarosa. Se daba con ello un salto cualitativo que se proyectaría en las décadas venideras. Este aspecto ha sido tal vez poco resaltado en la opinión pública y por los Poderes del Estado, para valorar la contribución realizada por la Facultad al avance de la salud del país y la región.

El desarrollo de estas diversas ramas de la atención sanitaria constituye un aspecto medular de esta parte del libro, porque el advenimiento de cursos y escuelas que fueron cambiando la organización y el funcionamiento de la Facultad de Medicina a la vez que el enfoque de la atención a la salud-enfermedad dentro y fuera de dicha Facultad y sus servicios, fue una consecuencia necesaria de la puesta en marcha del Hospital de Clínicas. No solo fue una necesidad, también puede catalogarse como uno de los mayores beneficios aportados por el Hospital a la Sociedad.

Al respecto de los cambios, explicitando con claridad este concepto, el decano Mario Cassinoni, en cierto momento expresaba que:

"*La Facultad se dividiría, en el futuro, del punto de vista de su organización, en tres organismos fundamentales: uno se ocuparía fundamentalmente de todos los problemas de la enseñanza de los estudiantes* [de Medicina]*; otro, de la enseñanza de los auxiliares de médicos, y un tercero de los problemas de graduados*".[1]

Otro consejero, el Dr. Miguel Patetta Queirolo, decía:

"… *la política que ha seguido la Facultad hasta ahora frente a su crecimiento ha sido la descentralización administrativa de servicios. Así se han creado las Escuelas del Profesorado, de Graduados, de Enfermería, de Auxiliares del Médico, cada una de ellas con sus autoridades y el Consejo considera los asuntos que vienen en consulta y nada más (...), tiene una misión orientadora general para los problemas que plantean las Escuelas*".[2]

La creación de cursos y escuelas había motivado diversas consideraciones en el seno del Consejo Directivo de la Facultad de Medicina. Se discutió si se debería o no reabrir los cursos de la Escuela de Higiene siendo que ha habido

asignaturas en que jamás se dio clase[3] o si se organizaba un curso en el Instituto de Higiene para enfermeras fisioterapeutas.[4] Al mismo tiempo:

Se encomendó al Prof. Dr. Mario Cassinoni durante su viaje a Estados Unidos un estudio sobre la forma de enseñanza de la Física Médica y preparación de técnicos.[5] Posteriormente el Prof. Cassinoni presentaría un proyecto de creación de una Escuela de Fisioterapia.[6]

Se recibió un proyecto del Prof. Pedro Barcia, desde el Instituto de Radiología y Ciencias Físicas, de 1947, para la creación de una Escuela de técnicos en radiología médica.[7]

Y hasta se trató una donación para crear una Escuela de Anestesiología dentro de la Facultad de Medicina.[8]

Podríamos continuar con diversos ejemplos de cursos y escuelas que llevaron a la preparación de muy variados perfiles laborales de real importancia. Pero aquí interesa señalar cómo surgieron y evolucionaron diversos profesionales y técnicos cuya formación y labor han constituido –y constituirán- una parte muy significativa en el desarrollo del Hospital de Clínicas.

Otra de las inquietudes era la formación de especialistas médicos con rigurosos niveles de idoneidad. El mismo Cassinoni se encargó de promover la creación de una Escuela de Graduados. Con esa finalidad se designó una Comisión del Consejo Directivo de la Facultad de Medicina para elaborar un proyecto. Este proyecto, con algunas modificaciones, fue aprobado en el Consejo el 18 de setiembre de 1952 y confirmado por el Consejo Central Universitario a fines de ese año. La Escuela comenzó su funcionamiento en 1953, como se verá más adelante. Su primer director titular fue el Prof. Juan Carlos del Campo.

Empero, la preocupación mayor era llenar el vacío que tenía el país en la formación de administradores y gestores de los hospitales. Este vacío tenía dos caras: la necesidad puntual de conseguir un director avezado para el hospital universitario, y la necesidad más general de formar un plantel de médicos capacitados para dirigir ese o cualquier otro centro asistencial. Para ocupar la dirección del Hospital de Clínicas se resolvió nombrar interinamente ya sea uruguayos en tren de formación, como sucedió con Helvecio Tabárez, en un intento que culminó bajo críticas, o extranjeros, como los doctores Hugo Enríquez de Chile y Guillermo Almenara de Perú. Para llenar la carencia formativa se acudió a becar aspirantes a cursos de administración hospitalaria en el Exterior, como vimos que sucedió con los Dres. Helvecio Tabárez y Célica Perdomo, becados a São Paulo al curso ofrecido por Odair Pacheco Pedroso, o a solicitar a los técnicos que se hacían cargo de la Dirección, la organización de cursos a nivel local.

Con la finalidad de dar una visión general, se habrán de enfocar sucesivamente los distintos perfiles ocupacionales vinculados al desarrollo del Hospital y que en el momento actual se preparan en la Escuela de Graduados, en la Facultad de Enfermería y en la Escuela Universitaria de Tecnología Médica. Para

precisar la importancia relativa que en cada uno de estos perfiles asumió el Hospital, se analizarán los antecedentes de cada disciplina previos a su integración al hospital universitario.

CAPÍTULO XXI

FORMACIÓN DE MÉDICOS ESPECIALISTAS

La Escuela de Graduados
Surgimiento de nuevas especialidades médicas
La especialización en administración hospitalaria

La Escuela de Graduados

Ya se ha señalado la necesidad imperiosa de recursos humanos que tenía la Facultad de Medicina para cubrir las exigencias del funcionamiento del flamante Hospital de Clínicas. También se ha señalado cómo el Decano de la Facultad de Medicina, Mario Cassinoni, en su doble carácter de Decano y de Presidente de la Comisión del Hospital de Clínicas, prestó especial atención a este tema y fue llenando los vacíos del momento y a la vez generando la fábrica de esos recursos con vistas al futuro.

Una de esas necesidades era la formación de especialistas médicos. En este sentido Cassinoni entendió que la obligación académica de esta formación debía ser asumida por la Facultad, y que la herramienta para ello debía ser el Hospital de Clínicas. Con esa idea, que por otra parte era compartida por profesores, egresados y estudiantes, el 10 de mayo de 1951 presentó al Consejo Directivo de la Facultad un proyecto de creación de una Escuela de Graduados.[9] El 22 de mayo el Consejo aprobó la iniciativa y designó una Comisión integrada por los profesores Juan J. Crottogini y Raúl Piaggio Blanco, el Dr. Carlos Murguía y el Br. Juan A. Folle para articular un proyecto de reglamentación de la referida Escuela.[10] Con las propuestas presentadas y de la discusión surgida, el Decano elaboró un texto de Reglamento General de la Escuela de Graduados que fue

aprobado el 18 de setiembre de 1952 por el Consejo Directivo y confirmado por el Consejo Central Universitario a fines de ese año.[11]

No era una idea original. Hacía años que varias clínicas organizaban "Cursos para graduados", de perfeccionamiento y de actualización. En 1936 Víctor Armand Ugón, entonces consejero de la Facultad, presentó un proyecto de creación de Escuela de Postgraduados con intención y planes distintos a los que orientaban la enseñanza de los estudiantes. En las reuniones de la Asamblea del Claustro de 1946 se volvió a discutir el tema y se aceptó la necesidad de la creación de una escuela con esos fines.[12] En 1950 se organizó un curso de anestesiología de 3 meses de duración, dictado por el Prof. R. J. Woolmer, de Gran Bretaña, quien además sentó las bases para la organización de la especialidad en el Hospital de Clínicas.[13] El mérito de la Comisión fue lograr ensamblar los aportes previos en propuestas razonables y viables, acordes con las concepciones internacionales más avanzadas. El mérito del Decano fue darle forma al proyecto y transformarlo en realidad.

La Comisión Directiva de la Escuela, designada por la Facultad de acuerdo al reglamento aprobado, se reunió por primera vez el 30 de diciembre de 1952 en el Hospital de Clínicas. Estaba integrada por su Director Prof. Dr. Juan Carlos del Campo, los profesores Fernando D. Gómez y Washington Buño, el Dr. Carlos Murguía y el Br. Victoriano Rodríguez de Vecchi. Actuaba en secretaría la Sra. Sara Armand Ugón. Estaba dispuesta a trabajar duro para organizar los programas de los cursos de post-grado y comenzar a aplicarlos el año siguiente (1953). Para ello, se solicitó la colaboración de los profesores de las distintas clínicas y cátedras. Una vez propuesto el programa por el profesor, la Comisión lo estudiaba, eventualmente lo modificaba, y una vez aprobado lo elevaba a la consideración del Consejo Directivo de la Facultad. Después que este organismo le diera la aprobación, la Escuela procedía a habilitar la inscripción de los aspirantes. Los cursos duraban dos años y el alumno debía concurrir a la clínica que correspondiese durante cuatro horas diarias.

En marzo de 1953 la Comisión elevó los programas por ella aprobados de Oftalmología, Cirugía y Tisiología al Consejo de la Facultad. En los meses siguientes lo mismo sucedió con los programas de Anatomía Patológica, Gastroenterología, Ortopedia y Traumatología, Anestesiología, Laboratorio Clínico, Dermatosifilografía, Médico higienista, Otorrinolaringología, Neurología, Urología, Pediatría, Psiquiatría y Ginecotocología. Todos ellos, en distintos momentos, fueron revisados, a veces modificados, y finalmente aprobados.

En setiembre de 1953 se resolvió que el 1º de octubre se empezarían los cursos de Cirugía, Oftalmología y Gastroenterología. Los primeros alumnos fueron:

En Oftalmología (Prof. Washington Ísola): Dres. Hugo Mezzottoni, Raúl Risso, Luis Guerra, Sócrates De Stéfanis, Washington Baliñas, Conrado Nin Avelleyra, Jorge Ferrer.

En Gastroenterología (Prof. Benigno Varela Fuentes): Dres. Hugo Pombo, Héctor Gard, Alberto Villa, Marcos Pavlotzky, Luis M. Piñeyro, Eduardo Maupeu, Labibe Jater.

En Cirugía los inscriptos se repartieron en las distintas Clínicas Quirúrgicas: Prof. del Campo: Julio Severi y Mary Varalla. Prof. Chifflet: Elida Murguía, Gonzalo Cáceres, Hernán Parodi. Prof. Stajano: Jorge Burjel, Pedro Ruiz Trabal. Prof. Larghero: Leo Rieppi.

Un mes después, el 1º de noviembre, empezaron los cursos de Anatomía Patológica (Prof. Ferreira Berrutti) con los alumnos Salo Wainrach y Hugo Selinke, de Dermatosifilografía (Prof. Vignale), con el alumno Ernesto Cacciatori y de Tisiología (Prof. Gómez) con los alumnos Dante Tomalino, Alfonso Correa e Israel Taube.

Durante ese año 1953 se realizaron diversos cursos de perfeccionamiento para graduados, auspiciados por la Escuela de Graduados pero organizados por las cátedras, como los de Traumatología y Ortopedia, Estadística Médica, Neurología y Nefrología práctica.[14]

Para el año 1954 los cursos aprobados por la Facultad eran 16 y empezaron en forma regular el 15 de marzo.

En noviembre de 1955 se constituyeron los primeros tribunales para evaluar el desempeño de los alumnos, que de ser satisfactorio, permitía acceder a los certificados de aprobación de los cursos. Los primeros certificados fueron otorgados el 31 de mayo de 1956, en número de ocho, correspondientes a siete de gastroenterología y uno de otorrinolaringología. En ese año 1956 se otorgaron en total 18 certificados. Hasta el 31 de diciembre de 1960 se habían otorgado 94 certificados de aprobación de cursos, en 17 especialidades, distribuidos de la siguiente manera: 15 en Cirugía, 14 en Gastroenterología, 13 en Psiquiatría, 8 en Anestesiología, 7 en Ginecotocología, 6 en Pediatría, 6 en Dermatosifilografía, 3 en Física Médica, 3 en Urología, 3 en Anatomía Patológica, 3 en Radiología, 2 en Oftalmología, 2 en Cirugía Infantil, 2 en Neurología y uno en Tisiología (Fig. 1).

A principios de 1954 cesó el mandato de Cassinoni como Decano. Se eligió como nuevo decano a Juan Carlos del Campo, Director de la Escuela de Graduados. Para sustituir a del Campo en la Escuela, fue nombrado en forma interina Fernando D. Gómez. En setiembre de ese año se nombró al nuevo director titular, Mario Cassinoni, quien así culminaba como Director el emprendimiento iniciado por él mismo años antes. Acompañaron a Cassinoni en su gestión Américo Stábile, Carlos Murguía, Elbio Pumares, Adolfo Secondo e Isidoro Sadi como integrantes de la Comisión Directiva, y Aron Nowinski como

secretario.[15] (Fig. 2) La dirección de Cassinoni se extendió hasta 1956, cuando pasó a ocupar la titularidad del Rectorado de la Universidad. Después de Cassinoni, fueron directores de la Escuela en el período que abarca esta historia



Figura 1.- Entrega de títulos en Escuela de Graduados en 1957. Rodean al Decano Julio César García Otero (sentado), de izquierda a derecha: Carlos Murguía (integrante de la Comisión Directiva de la Escuela), Alfredo Pernin (Director del curso de Anestesiología), Pedro Ferreira Berrutti (Director del curso de Anatomía Patológica), Fernando D. Gómez (Director de la Escuela de Graduados), Américo Stábile (integrante de la Comisión Directiva de la Escuela) y los doctores Julio C. Viola, primer egresado en Urología y Hugo Selinke, primer egresado en Anatomía Patológica. (AFEG).



Figura 2.- La Comisión Directiva de la Escuela al retiro de Cassinoni como Director (1956). De izquierda a derecha: Aron Nowinski (secretario), Adolfo Secondo, Fernando D. Gómez (Director interino), Isidoro Sadi, Mario Cassinoni, visitante extranjero, Julio C. García Otero (Decano), Américo Stábile. (FDAN).

Fernando D. Gómez, desde abril de 1957 a julio de 1966, y Fernando Herrera Ramos desde julio de 1966 a agosto de 1975.[16]

Desde su creación, la Escuela de Graduados ha desarrollado una labor ejemplar en la formación de especialistas médicos, en el perfeccionamiento médico, en la valoración de las solicitudes de reválidas, y en el auspicio de cursos de actualización. A diferencia de países vecinos de la región, donde los títulos de especialistas son otorgados por instituciones privadas o corporaciones médicas, en Uruguay solo la Facultad de Medicina, a través de la Escuela de Graduados, es el organismo habilitado para esos fines, así como lo fue para la formación de grado y el otorgamiento del título de médico, resultando así una garantía de elevada calidad.

Surgimiento de nuevas especialidades médicas

Desde el comienzo de su funcionamiento la Facultad de Medicina debió prever la enseñanza de las clínicas médica y quirúrgica. Para ello se llegó a un acuerdo con las autoridades de la Comisión de Caridad para disponer de las salas Larrañaga y Maciel para la docencia de la Clínica Médica y Clínica Quirúrgica respectivamente. Inicialmente se enseñó Obstetricia y "Enfermedades de mujeres y niños" sin contar con salas de internación. La precaria enseñanza clínica era apenas suficiente para dar conocimientos generales a los alumnos.

Con el paso del tiempo y ante los incesantes reclamos de profesores y decanos, se fue mejorando la enseñanza y se agregaron otras clínicas y otras salas de internación. El Plan de Estudios de la carrera de Medicina y Cirugía aprobado en 1912 contaba con la enseñanza de las siguientes clínicas: Semiológica, Médica, Quirúrgica, Oftalmológica, Otorrinolaringológica, Dermosifilopática, Psiquiátrica, Obstétrica, Ginecológica y de Niños. Las clínicas de especialidades habían ido surgiendo por las necesidades de enseñar con mayor profundidad ciertos aspectos de la Medicina y por la presencia de individualidades sobresalientes en las respectivas disciplinas: Oftalmología comenzó a enseñarse en 1886 con Albérico Ísola, Obstetricia en 1889 con Isabelino Bosch, Semiología en 1889 con Antonio Serratosa, Ginecología en 1895 con Enrique Pouey, Otorrinolaringología con Manuel Quintela en 1900, Clinica de Niños en 1902 con Francisco Soca y luego con Luis Morquio, Psiquiatría en 1908 con Bernardo Etchepare y Clínica Dermosifilopática con José Brito Foresti. Cada una de las clínicas se fue desarrollando y atrayendo médicos jóvenes orientados con preferencia hacia determinadas disciplinas. El fenómeno de dispersión de las actividades médicas continuó en los años siguientes y se acompañó de la creación de nuevas cátedras especializadas: Radiología con Carlos Butler, Parasitología con Angel Gaminara, Urología con Luis Surraco, Tisiología con Juan B. Morelli, Neurología con Américo Ricaldoni, Endocrinología con Juan C. Mussio Fournier, Cirugía de

Niños con Prudencio de Pena, Gastroenterología con Benigno Varela Fuentes, Traumatología y Ortopedia con José L. Bado. Este proceso seguía el camino de la Medicina universal hacia la especialización y encontraba localmente cultores emprendedores.

Otro factor que influyó en la aparición de especialidades fue la centralización locativa de técnicas de diagnóstico y tratamiento, como fue el caso de Laboratorio Clínico, Física Médica y Rehabilitación, Radioterapia y más adelante Medicina Nuclear.

En este sentido, el Hospital de Clínicas ocupa un importante lugar en la formación de nuevas especialidades, así como en el desarrollo de las ya existentes. En el período que llega a 1974, otorgó el marco asistencial universitario necesario para el desarrollo de proyectos de crecimiento. Cobijó, al abrigo de una política hospitalaria con objetivos claros y una mirada puesta en el futuro, las inquietudes de progreso de un grupo de docentes de excepcional valía que, sintiéndose respaldados, pusieron el esfuerzo necesario para concretar en hechos sus ideas.

Es necesario destacar algunas especialidades, todas ellas reconocidas por la Escuela de Graduados, que en gran parte deben su existencia al Hospital. La información detallada de cada una de ellas se encontrará en las secciones asistenciales de las clínicas y departamentos correspondientes (Capítulos XIII y XIV). En este momento solo se enumerarán, dedicándose más atención a la administración hospitalaria, que no fue tratada anteriormente. No se han incluido otras especialidades como **Cirugía Plástica, Hematología, Toxicología, Oncología,** y **Geriatría,** porque tuvieron su máximo desarrollo después de 1974, aunque sus antecedentes fueran previos.

Nacieron en el Hospital de Clínicas o allí alcanzaron su madurez las siguientes especialidades: **Anestesiología, Cardiología, Cardiocirugía, Fisiatría, Hemoterapia y Medicina Transfusional, Medicina Intensiva, Nefrología, Neonatología, Neurocirugía, Neurofisiología Clínica, Neuropediatría** y **Neurorradiología.**

La especialización en Administración Hospitalaria

La puesta en marcha del Hospital de Clínicas puso en evidencia la mayor carencia existente a nivel médico: la falta de médicos capaces de realizar la gestión hospitalaria. Mucho antes de crearse la Escuela de Graduados, que con el paso del tiempo asumió la obligación de formar estos especialistas, la Facultad de Medicina debió encarar el problema.

En un informe elaborado en abril de 2003 por Alejandro Gherardi, Aron Nowinski y Samuel Villalba hicieron una recopilación de antecedentes de la formación en Administración de Servicios de Salud en la Facultad de Medicina,[17]

señalando algunos hitos que merecen recordarse, obtenidos de una publicación anterior de Gherardi y Alicia Ferraro.[18]

En el primer programa de pregrado de Medicina del año 1877, en su capítulo "Aula de Higiene Pública" se señala el contenido de "Hospitales, hospicios y asilos".

En los programas de pregrado de Medicina de 1918, 1919 y 1920, cuando la Higiene se dictaba en dos cursos, en el contenido del segundo de ellos se encuentran los temas de "Higiene hospitalaria y administración sanitaria".

La Ley 7.910 del 20 de octubre de 1925 reorganizó el Instituto de Higiene Experimental, a propuesta de su director Prof. Arnoldo Berta. Esta ley estableció que uno de los cometidos de dicho Instituto será el de "Organizar e impartir la enseñanza técnica superior de la Higiene, destinada a la formación de Especialistas".

El programa de pregrado de Medicina de 1928, contenía una bolilla que era "Higiene hospitalaria" que incluía, entre otros temas, a: Hospitales generales y especiales y organización de servicios.

Otra ley, la 9.370 del 2 de mayo de 1934, creó la Cátedra de Higiene Social y Técnica Hospitalaria. Su profesor, Dr. Mario Ponce de León, fue designado en 1937 y comenzó las clases en 1938. La oficialización del curso ocurrió después de la aprobación del Plan de Estudios para el Curso de Higiene superior, en octubre de 1939. Uno de los temas de este curso era "Organización y administración sanitaria nacional, legislación nacional e internacional." La cátedra tuvo una muy breve existencia. A los tres años, luego del fallecimiento en 1941 de su Profesor, desapareció del listado de cátedras de la Facultad.

En 1943 la Rockefeller Foundation ofreció a la Universidad de la República fondos para la creación de una Escuela de Salud Pública en el Uruguay. La Universidad no los aceptó y se creó la Escuela en Santiago de Chile. Los autores del informe del año 2003, si bien no dispusieron de los fundamentos esgrimidos para no aceptar dicha financiación, desde una perspectiva temporal estimaron que fue un error histórico y que, 60 años después, se seguían sufriendo sus consecuencias.

Diversos acontecimientos ocurridos con posterioridad a este informe fueron relevados en 1971 por Hugo Villar, Aron Nowinski y Julio C. Ripa en otro informe[19] elevado al Consejo Directivo de la Facultad de Medicina. Fueron los siguientes:

En el discurso pronunciado en 1950 por el Decano de la Facultad de Medicina Dr. Mario A. Cassinoni, al tomar posesión la Universidad de la República del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", destaca:

> *"La organización y administración de hospitales es una nueva especialización médica muy poco desarrollada en nuestro medio. Para planear con eficacia la*

> *vida múltiple de este organismo todos en el ambiente médico hemos creído necesario mirar fuera de fronteras. No se improvisan especialistas de este orden; carecemos de Escuelas para ello. Permítaseme aprovechar de estas circunstancias para exhortar a los jóvenes que acudieron a este acto, a dirigir sus miradas hacia ese campo útil para el país y seguramente promisorio para ellos."*

Ya en 1950, el Prof. Odair Pedroso, de la Universidad de São Paulo, Brasil, fue invitado por el Decano de la Facultad de Medicina, Prof. Cassinoni, a dictar conferencias sobre la especialidad.

De la respuesta del Decano de entonces, a un pedido de la Cámara de Representantes (20.IV.51) de informar sobre "los problemas que el Hospital de Clínicas plantea para su habilitación", se destacan, por su pertinencia, los siguientes aspectos:

> *"… la falta de un verdadero especialista en nuestro país en materia de Organización y Administración de Hospitales, que se ha hecho sentir en la construcción del Hospital, nos hizo fijar nuestra mirada en países más adelantados que el nuestro en la materia. Y es ésta la explicación de por qué el Prof. Dr. Odair Pedroso, de la Universidad de São Paulo, fuese elegido para asesor en la etapa inicial… Fue necesario buscar de inmediato dentro del Cuerpo Médico quienes estuvieran dispuestos a realizar estudios en materia de Organización y Administración Hospitalaria…"*

Por un llamado a aspirantes fueron seleccionados dos médicos uruguayos que usufructuaron becas para realizar en 1951, el 1er. Curso Sudamericano de Organización y Administración de Hospitales, dirigido por el Prof. Dr. Pedroso en la Facultad de Higiene y Salud Pública de la Universidad de São Paulo.

La Facultad de Medicina, fue el primer organismo del país que reconoció la especialidad de administración de hospitales, al aprobar el Reglamento General del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" en sesión del Consejo Central Universitario del 25 de abril de1951. El Reglamento en su artículo 9º establece que: "el Director será médico y especializado en Administración y Organización de Hospitales".

En 1951, organizado por la Asociación de Administradores, Secretarios e Intendentes de Salud Pública (ADASI), se realiza del 24 al 29 de setiembre, el llamado Primer Curso Nacional de Organización y Administración de Hospitales, en el Hospital de Clínicas (Fig. 3).

En 1952, el Prof. David Sevlever* también invitado por la Facultad de Medicina, realizó un ciclo de conferencias sobre temas de la especialidad.

---

* David Sevlever era Profesor titular de Higiene y Medicina Social en la Universidad Nacional del Litoral y primer director de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires.



Figura 3.- Curso organizado por la Asociación de Administradores, Secretarios e Intendentes de Salud Pública (ADASI) en setiembre de 1951 en el Hospital de Clínicas, dos años antes de su inauguración. (FDAN).

En 1954, el Dr. Helvecio Tabárez, uno de los médicos uruguayos seleccionados para realizar el 1er. Curso Sudamericano de Administración Hospitalaria en São Paulo, dictó en Montevideo un curso dirigido a estudiantes de Medicina, médicos y enfermeras.

En 1956, la Facultad de Medicina contrató al Dr. Hugo Enríquez Frödden, Director del Hospital J. J. Aguirre de la Universidad de Chile, para dirigir el Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” y para dictar un curso de Administración Hospitalaria, auspiciado por la Escuela de Graduados.

En 1958, la Facultad de Medicina debió recurrir nuevamente al exterior para la contratación de un especialista en Administración Hospitalaria, para la Dirección del Hospital de Clínicas. Se trataba esta vez del Dr. Guillermo Almenara Irigoyen, experto de jerarquía internacional, quien organizó un Seminario Interamericano de Administración de Hospitales en 1958 (Fig. 4), aparte de realizar en el Hospital



SEMINARIO

INTERAMERICANO

DE

ADMINISTRACION DE HOSPITALES

HOSPITAL DE CLINICAS "DR. MANUEL QUINTELA"

Figura 4.- Carátula del Seminario Interamericano de Administración de Hospitales de 1958. (FDAN).

de Clínicas durante los años 1959-1960, un curso de Administración Hospitalaria. Las necesidades del curso llevaron, en 1959, a la creación en el Hospital de Clínicas de una Biblioteca especializada en Administración Hospitalaria, la primera y la única, hasta entonces, existente en nuestro país.

En 1961, el Consejo Directivo Central de la Universidad, aprobó la ordenanza del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", que establece, en su artículo 18º que para ser Director se requiere: a) título de médico; b) acreditar notoria competencia en materia de administración de Hospitales. En el artículo 20º: calidades para ser Director Asistente, se establece también el requisito de la competencia notoria en Administración Hospitalaria. Además, los artículos 21º, 22º y 23. Confieren a los Directores Asistentes atribuciones y deberes en materia de enseñanza de la especialidad: artículo 21º.) Atribuciones y deberes del Director, en su inciso c), señala que debe "impartir enseñanza en materia de su especialización"; el artículo 22º) Atribuciones y deberes del Director Asistente Médico, inciso g) "cooperar en las tareas docentes del Director y en la ejecución de los planes educativos para los estudiantes, médicos internos y residentes"; y el artículo 23º) inciso f) Atribuciones y deberes del Director Asistente Administrativo, "colaborar en las tareas docentes del Director en materia de Administración Hospitalaria".

En 1964, la Comisión Directiva del Hospital de Clínicas aprobó las descripciones de los cargos de Director y Directores Asistentes. A partir de la provisión titular de los cargos de Director (1961), Director Asistente en lo Administrativo (1961) y Director Asistente en lo Médico (1965), la función docente en la especialidad se cumplió por años, hasta 1974, en forma cotidiana y simultánea con la función administrativa y en cursos formales para médicos, estudiantes de Medicina, enfermeras y estudiantes de Enfermería, Dietistas, técnicos de la Escuela de Colaboradores del Médico, personal administrativo y de servicios generales, en forma progresiva.

Los cursos de especialistas en Salud Pública que la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina ha realizado a través de la Cátedra de Higiene y Medicina Preventiva (como se denominaba entonces), han sido desarrollados, en materia de Administración Hospitalaria, por los tres integrantes de la Dirección del Hospital de Clínicas.

En 1963, la Dirección del Hospital participó en el Curso Básico de Atención Médica, organizado por el Ministerio de Salud Pública y dirigido por el Prof. Dr. Miguel Solar de la Cátedra de Administración Hospitalaria y Atención Médica de la Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile.

En ese mismo año, en la Facultad de Química de Montevideo, se realizó un curso de Farmacia Hospitalaria que fue programado y organizado por el personal técnico superior del Departamento de Farmacia del Hospital de Clínicas.



Figura 5.- Curso Básico de Administración Hospitalaria realizado en el Hospital de Clínicas en 1965. De izq. a der., sentados: [sin identificar], Alberto Grille, Juan de Dios Gómez Gotuzzo, [sin identificar], Moisés Cohen, [sin identificar], [sin identificar], [sin identificar]; de pie: Roberto Mariño, [sin identificar], [sin identificar], [sin identificar], Julio Chifflet, Hugo Villar, Aron Nowinski, Ceibal Artigas, Mario Pochintesta y Efraín Margolis. (FDAN).

En 1965, la Dirección del Hospital participó en el Curso Básico de Administración Hospitalaria organizado por el Ministerio de Salud Pública, la Facultad de Medicina y la Oficina Sanitaria Panamericana y realizado en el Hospital de Clínicas, para médicos en funciones de dirección de hospitales (Fig. 5).

También en ese año se desarrolló un curso de Adiestramiento en Servicio sobre Administración Hospitalaria, organizado por el MSP, Facultad de Medicina y OPS para funcionarios no médicos del MSP y otros organismos de salud y se realizó el Congreso de la Asociación Uruguaya de Administradores de Hospitales (AUAH), en el Balneario Solís (Fig. 6).

En noviembre de 1966 se organizó una visita de directores de hospitales, procedentes de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires,



Figura 6.- Afiche por el Congreso de la Asociación Uruguaya de Administradores de Hospitales (HUAH) en el Balneario Solís en 1965 (FDAN).



Figura 7.- Visita de directores de hospitales argentinos, procedentes de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires, en noviembre de 1966. (FDAN).

acompañados por docentes (Fig. 7). Por información posterior a esta fecha ver Epílogo.

En el mencionado documento de 1971, se establecieron las siguientes conclusiones, que sin duda, habría que reflexionar en qué medida se aplicaron o se olvidaron en las décadas siguientes, y por tanto, estarían condicionando el éxito de cualquier reforma:

> *1) El grave problema administrativo existente en los organismos de salud y de educación médica del país demuestra en forma objetiva la necesidad urgente de enseñar Administración Médica a quienes actualmente administran servicios de salud y de educación médica y a los que en el futuro desempeñarán actividades en esos campos específicos.*
> *2) Existen en nuestra Universidad [en ese tiempo la única del país] y en especial en nuestra Facultad de Medicina, recursos humanos (personal docente) en cantidad y calidad suficientes como para desarrollar, en forma sistemática, cursos programados de enseñanza de la Administración Médica.*
> *3) No está formalmente reconocida la especialidad Administración Médica desde el momento que no constituye un requisito imprescindible para acceder a los cargos de Dirección de servicios de salud".* [21]

Dos años después, en un informe elevado al Decano, la Dirección del Hospital de Clínicas reseñaba las diversas actividades docentes cumplidas en el campo de la Administración Médica. Incluía cursos para médicos especialistas en Administración Médica, médicos en general, médicos residentes, otros profesionales de la salud y personal del Hospital.[22]

Las inquietudes también llegaron al Consejo Directivo Central de la Universidad de la República. El entonces consejero por el orden docente (Profesores Titulares) de la Facultad de Medicina, Ciro A. Peluffo, con referencia a la creación de la Escuela de Higiene, manifestaba en junio de 1963:

> *"No me voy a extender en cuanto a la importancia de la Higiene en la época que vivimos ni en cuanto a los alcances cada vez mayores que tiene, que llegan a todas las actividades del hombre y a todos los aspectos de su vida. Esta importancia ha sido reconocida desde hace muchos años y desde principios del siglo en este hemisferio se han creado escuelas o facultades destinadas a preparar especialistas en Salud Pública o en Higiene. La primera en 1913, por la acción conjunta de la Universidad de Harvard y el MIT (Massachussetts Institute of Technology), en la que se hizo la primera enseñanza organizada de especialistas en Higiene. Posteriormente muchas universidades americanas y canadienses siguieron este camino, pero no solo en el norte; también en el sur, en 1931, - para mencionar una de las más conocidas – comenzó sus actividades la Facultad de Higiene y Salud Pública de San Pablo. Luego la Escuela de Salubridad de Chile en 1944 adquirió su status actual de Escuela de Salubridad, pero ya desde años anteriores venía realizando una actividad similar.*
>
> *En nuestro continente, pues, ya se ha reconocido la importancia de la Higiene y la necesidad de preparar especialistas en ello. Nuestra Universidad ha quedado un poco apartada de este movimiento, aunque debemos recordar que en 1925, con motivo de la ley que reorganizó la estructura del Instituto de Higiene, se le encomendó a éste organizar e impartir la enseñanza técnica superior de la Higiene, destinada a la formación de especialistas. Sin embargo, esta voluntad del legislador del momento nunca llegó a realizarse, aunque se hizo un ensayo – por 1944 o 1945 – en condiciones muy precarias, con personal honorario, que fue un mal ensayo. Nunca más la Universidad se ha ocupado de esta actividad tan importante.*
>
> *Creemos que ha llegado el momento de llenar ese vacío. Nuestra Universidad – como lo han hecho otras – podría empezar por desarrollar el Departamento de Higiene y Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina, e iniciar a su alrededor la formación de los graduados en Salud Pública. Sin embargo estimamos que sería conveniente darle mayor alcance, es decir, hacer dentro de la Universidad una Escuela independiente destinada a la enseñanza de la Salud Pública.*
>
> *Entendemos que hay muchas ventajas – y rápidamente vamos a hacer un sumario de las fundamentales – que justifican que sea la Universidad la que tenga una escuela independiente dedicada a esa disciplina. En primer término, todas las disciplinas relacionadas estarían bajo una única dirección, con ventajas en cuanto a coordinación, rapidez de acción, uniformidad de acción, etc. En segundo término, la orientación de la enseñanza tendría un solo fin, fundamental: la enseñanza de la Higiene sin ser un motivo accesorio de la*

actividad de una de las actuales Facultades de la Universidad; la enseñanza de la Higiene como objetivo fundamental, que dirigiría toda la enseñanza. En tercer término, daría títulos de nivel universitario, desde luego, pero tendría una ventaja importante: la posibilidad de obtener fondos extrauniversitarios; en primer término, de los Poderes Públicos, ya que seguramente, como en otros países, estarían dispuestos a apoyar el desarrollo de esta actividad; y también habría posibilidad, como se ha demostrado en el pasado, de que instituciones que tienen fundamentalmente la actividad del desarrollo de la Higiene, también pudieran aportar un apoyo a la Universidad. Me refiero fundamentalmente a la Fundación Rockefeller, que prácticamente ha financiado todas las escuelas de Higiene del hemisferio.

La Escuela, planeada con ese sentido, tendría objetivos muy amplios, porque formaría a todos los especialistas de nivel universitario dedicados a la promoción de la Higiene, en las distintas orientaciones: los médicos, los odontólogos, los veterinarios, los ingenieros, e inclusive los de nivel inferior, como pueden ser inspectores sanitarios y los auxiliares de distinto tipo para estos profesionales.

Creo que para poder dar forma más concreta a esta iniciativa sería conveniente que se nombrara una Comisión del Consejo, o de fuera del Consejo. Sugiero que la integración de la Comisión quede librada al señor Rector, que probablemente podrá buscar los integrantes que han de llenar mejor las distintas orientaciones que puede haber dentro de la Universidad y que han de coordinarse o unirse para hacer un proyecto más eficaz, más útil".[23]

La falta de visión de las autoridades universitarias de la época, abortaron esta noble iniciativa, que ya dos décadas antes, había corrido igual suerte.

De esta manera, mediante los cursos organizados por la Facultad de Medicina y el Hospital de Clínicas, se fue cumpliendo el adiestramiento de los profesionales uruguayos en la nueva especialidad, aun no oficializada, de la Administración Hospitalaria, durante la primera década de pertenencia del Hospital a la Facultad. De estos cursos se formaron los que en el futuro orientarían la disciplina en la Facultad, el Hospital y una gran cantidad de centros asistenciales del país. Así se formó el grupo emblemático que dirigió el Hospital durante los años siguientes y que jerarquizó y dio brillo a la naciente especialidad.

CAPÍTULO XXII

FORMACIÓN DEL PERSONAL NECESARIO EN ENFERMERÍA

Formación de Nurses (1911-1947).
Formación de enfermeras universitarias (Licenciadas) (1948-1973)
Formación de auxiliares de enfermería (1950-1973)
Funcionamiento del Departamento de Enfermería (1953-1973)
Publicaciones del Departamento de Enfermería
Datos biográficos de Dora Ibarburu

Formación de Nurses (1911 a 1947)

Podríamos decir que los primeros cuidados atribuibles a enfermería, constituyen una etapa empírica, mágica y religiosa, que tienen lugar en la Banda Oriental en los siglos XVII, XVIII y XIX. Al comienzo los jesuitas entrenaron indios, sobre todo guaraníes, para que les ayudaran a alimentar, mantener limpios y darle ciertas infusiones a los enfermos y menesterosos. A estos les llamaron "curuzuyaras" porque portaban una cruz. Sus prácticas mezclaban hechicerías con el uso de hierbas que sacaban de árboles y plantas.

Más tarde aparecieron integrantes de órdenes religiosas tales como la de los *bethlemitas** y sobre todo las Hermanas de la Caridad. Estas últimas ocuparon un lugar muy destacado en nuestros hospitales, como guardianas de equipos, ropa y materiales necesarios para el cuidado de los enfermos. Con este rol

* Orden religiosa cuyo nombre oficial es Orden de los Hermanos de Nuestra Señora de Bethlehem. Creada en 1656 en Guatemala por San Pedro de San José Betancourt, con el fin de servir a los pobres.

las conocimos porque perduraron hasta el siglo XX. También en los siglos XIX y XX vinieron a nuestro país enfermeros-cuidadores españoles, italianos, piamonteses y brasileños, y algunas nurses inglesas que se ocupaban del cuidado de los pacientes y menesterosos.[24]

Lo que hoy podemos considerar como el comienzo de la enfermería laica y profesional surge en Uruguay por iniciativa del Dr. José Scoseria para "*establecer una Escuela de Nurses de un sistema igual al de Florence Nightingale*", y porque se había hecho evidente la "*urgencia de formar un personal auxiliar con una estampa superior, completamente distinto al viejo personal*".[25]

Dicha Escuela se crea mediante Decreto del Poder Ejecutivo el 23 de octubre de 1911; su reglamentación es del 29 de julio de 1912. Inicia su funcionamiento el 15 de enero de 1913 con la dirección del Dr. Carlos (de Oliveira) Nery y la participación docente de cinco nurses y una estudiante seleccionadas por él en Inglaterra. Durante los primeros años esta escuela dependiente de la Asistencia Pública Nacional logra un nivel semejante a las escuelas de nurses de Londres.

Uruguay, después del golpe de Estado dado por Gabriel Terra el 31 de marzo de 1933, plebiscitó una nueva Constitución (la de 1934), y la Asamblea Constituyente eligió a Gabriel Terra y a Alfredo Navarro como Presidente y Vicepresidente respectivamente. En 1934, se aprueba la Ley Orgánica de Salud Pública y se crea en su órbita la Escuela de Sanidad y Servicio Social dentro de la cual, la Escuela de Nurses "Dr. Carlos Nery" pasa a constituirse en su Sección D.

La Escuela de Nurses cambia su dependencia y organización reiteradas veces. La constante falta de recursos para el pago de docentes, para la instalación de una biblioteca, para financiar los gastos del internado, la falta de planta física y otros factores la llevaron al deterioro progresivo.

El 24 de marzo de 1943 se integra "la comisión que tendrá el cometido de estudiar la actual organización de la Escuela de Nurses y proponer medidas que considere necesarias para su posible perfeccionamiento". La comisión inicialmente se integra con la nurse Luisa Ginart de Botta, y los doctores Domingo Prat, Alejandro Nogueira y Abel Chifflet. Hasta entonces las nurses docentes ("sisters") eran seleccionadas además de sus aptitudes técnicas por su abnegación, recato, adhesión a una rígida disciplina y por su honestidad".[26]

Formación de Enfermeras Universitarias (Licenciadas) (1947 a 1973)

Hacia 1947 una serie de hechos ponen en evidencia la necesidad de crear una Escuela de Nurses, que posteriormente llevaría el nombre de Escuela Universitaria de Enfermería (en adelante EUE); a saber:

1) La importantísima labor del decano Dr. Mario Cassinoni (Fig. 8) en la creación de cursos y escuelas dependientes de la Universidad, a fin de contar con colaboradores del médico con formación en el ámbito universitario.



Figura 8.- Mario Cassinoni, de labor fundamental en la creación de escuelas dependientes de la Universidad durante su decanato. (AFEW).

2) El reconocimiento a nivel internacional de que Enfermería era una profesión científica; por lo tanto la formación de la enfermera debía realizarse a nivel universitario.

3) Diversas graduadas, pertenecientes a la Asociación de Nurses, en los últimos años en la década del 40 tenían clara conciencia de la necesidad de mejorar el nivel de formación que la Escuela de Nurses "Dr. Carlos Nery" otorgaba a las alumnas.

4) El Uruguay necesitaba disponer de enfermeras capacitadas para cuidar de la salud-enfermedad de la población ya fuera en medios intra o extrahospitalarios.

5) Para la futura habilitación del Hospital de Clínicas se necesitaban enfermeras capaces de realizar los cuidados con enfoque preventivo y estar asimismo preparadas para asumir el perfil administrativo que demandarían sus funciones; también se necesitaban enfermeras universitarias para trabajar en los centros de salud que el Ministerio de Salud Pública (MSP) había creado en la década del 40.

6) La comisión para el estudio de la "Escuela Nery" estaba ahora integrada por el decano de Facultad Dr. Julio García Otero, Dr. Julio Nin y Silva, Dr. Abel Chifflet, Dr. Pascal Luchessi en representación del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP), la nurse Irma V. Batto y como asesora de la Fundación Rockefeller la enfermera americana Esther Mary Hirst.[27]

7) La asesora de la Fundación Rockefeller, Esther Mary Hirst elaboró un memorándum para la creación de la EUE que fue aprobado por el Consejo Directivo de la Facultad de Medicina (CDFM) y enviado al MSP.

8) El MSP, a través del director de la Escuela de Nurses Dr. Romeo Colombo, sin duda interlocutor válido de parte del poder político, no creía deseable que esta escuela pasara a la órbita de la Facultad de Medicina.

9) La Fundación Rockefeller condicionó la ayuda económica para la Escuela de Nurses a que ésta se estableciera en la órbita de la Facultad. También hubo aportes de algunos materiales y equipos donados por la Fundación W. K. Kellogg así como el otorgamiento de becas para enfermeras docentes.

10) Todo lo relativo a la EUE es estudiado por una comisión integrada por los doctores Rodolfo Talice, Helvecio Tabárez, Juan C. Castiglioni, Román Arana Iñiguez y Arturo Ardao (abogado), quienes elaboraron las primeras normas y reglamentos.

Cabe señalar que nuestro gobierno había firmado un convenio con el SCISP de los Estados Unidos de Norte América, a través del Instituto de Asuntos Interamericanos, el 10 de noviembre de 1943, en momentos en que se buscaba enfatizar las acciones de medicina preventiva. Convenios de esta naturaleza respondían a la política exterior que Uruguay tenía de compromiso con los aliados, en la Segunda Guerra Mundial (1939-1945). Dichos convenios suponían traspaso de tecnologías en salud, beneficiosas para el país. Para paliar el déficit en la preparación sobre aspectos preventivos, el 22 de agosto de 1944 concurre a nuestro país la Enfermera Directora de la Sección Nurses del SCISP Clare M. J. Wangen, quien a partir de octubre dicta el primer curso sobre Salud Pública para nurses y visitadoras de higiene.[28] A su vez, ella hace un comentario extenso y claro sobre las funciones de la nurse en el hospital. Destaca que

> *"En un hospital que tenga un personal de nurses adecuado a sus necesidades y que realmente suministre al enfermo el cuidado que éste requiere, el grupo de nurses debe ser el más numeroso de la institución." (…) "Después de recibirse es conveniente que la nueva nurse trabaje como mínimo un año en calidad de nurse de sala". Se refiere también a los turnos y tareas que debe desarrollar. "Debe cultivar el don de la conversación y saber escuchar al enfermo con simpatía. (…)La nurse comprensiva que tenga conocimientos de psicología y psiquiatría reconoce la necesidad que tienen estos enfermos de deshacerse de tales pensamientos angustiantes, y al granjearse la confianza del enfermo puede en muchas ocasiones resolverle problemas que están deteniendo su mejoría".*

Clare M. J. Wangen también detalla en su artículo las funciones de la nurse en los Centros de Salud y describe el papel de las Supervisoras, tanto en relación al cuidado de los enfermos como en la atención a los estudiantes.[29]

La Fundación Rockefeller fue creada en 1913 en los Estados Unidos con el propósito de mejorar el comercio internacional a la vez que demostrar el valor de los servicios de salud pública, llevando a los países latinoamericanos su modelo de organización sanitaria, al que promovían a través de becas, ayudas económicas a los países y de otras formas. Todas ellas se acompañaban de traspaso de tecnología y filosofía: "*la dualidad cartesiana del cuerpo y la mente, una visión mecanicista del cuerpo y la dualidad alopática de la prevención y la cura*".[30,31]

El 13 de agosto de 1947 el Consejo Central Universitario (CCU) resolvió aprobar el proyecto presentado por Facultad de Medicina. Esta Escuela sería dirigida por una nurse titulada con formación especial en cursos de postgrado en administración. A su vez la Escuela contó con un Consejo Consultivo Honorario: el Dr. Eugenio Fulquet como representante del CCU, el Dr. Román Arana Iñíguez, el Dr. Ricardo Capeletti delegado del MSP, la Sra. Matilde Ibáñez Talice de Batlle Berres, el Dr. Juan C. Castiglioni, el Dr. Jackson Davis por el SCISP y las nurses María Julia Pepe Acerenza y Dora Ibarburu Irazusta (Fig. 9). Al decir del decano Dr. Mario A. Cassinoni, el Dr. Ricardo Capeletti. "*se esforzó para que el Ministerio de Salud Pública aceptara el plan del Servicio Cooperativo Interamericano, de ayuda económica a la Escuela que iniciaba sus cursos.*[32]

La EUE inicia su funcionamiento el 2 de mayo de 1950 mediante el esfuerzo conjunto de la Intendencia de Montevideo, la Fundación Rockefeller, el SCISP, el MSP y la Fundación W. K. Kellogg. Esta escuela tuvo también una Comisión Organizadora presidida por el Dr. Román Arana Iñíguez, como secretaria la nurse Justa Mendieta, la nurse Dora Ibarburu –quien habría de ser la Directora hasta 1962- y la Sra. Margaret Bennet, quien había actuado en escuelas similares en Estados Unidos y en la organización de la Escuela de Enfermería de Guatemala.



Figura 9.- Dora Ibarburu y María Julia Pepe. Integrantes, como Nurses, del Consejo Consultivo Honorario de la Escuela Universitaria de Enfermería en 1947. (ADSS).

A fin de ir preparando los servicios de Cirugía y Medicina para una pronta habilitación del Hospital de Clínicas, el CDFM planteó la necesidad de "*contratación de dos Nurses especializadas de la Escuela de San Pablo, Brasil, para que dicten un curso para graduadas en la Escuela de Nurses "Dr. Carlos Nery" sobre administración de sala. La Fundación Rockefeller estaría dispuesta a enviar a esas nurses a*

Montevideo…"[33] El curso tuvo tres meses de duración y estuvo a cargo de las distinguidas técnicas brasileñas, las Srtas. Kannebly y Bettencourt.[34]

El plan de estudios de la EUE tuvo una duración de 39 meses escolares. En nuestro país el año escolar es normalmente de nueve meses, razón por la cual en 1954 una de las modificaciones que se le realizaron consistió en extenderlo a cuatro años. En dicho plan se integraron ciencias físicas, biológicas y sociales, aparte de ciencias médicas y de enfermería. Incluyó asignaturas no incorporadas



Figura 10.- Primeras egresadas de la Escuela Universitaria de Enfermería, en ceremonia de graduación el 29 de mayo de 1953. (ADSS).

en la formación de las nurses hasta entonces, tales como*: Salud Pública*, con prácticas de enfermería comunitaria en centros de salud y *Administración de Sala*, ambas en servicios de Montevideo y del interior del país, tanto en los medios intra como extrahospitalarios.

La primera graduación de 21 enfermeras, diez de Montevideo y once del interior, se produjo el 29 de mayo de 1953 (Fig. 10). El promedio anual de egresadas a partir de entonces fue de 22. Desde 1966 en adelante los órganos de gobierno de la EUE se constituyeron de acuerdo a lo establecido en la Ley Orgánica de la Universidad y a lo que establecía su propia Ordenanza aprobada por el Consejo Directivo Central el 30 de mayo de 1966.

La EUE alcanzó un progreso notable hasta su clausura decretada por quienes intervinieron la Universidad de la República en 1973. Logró un importante reconocimiento a nivel nacional e internacional en virtud sobre todo de:

1) La excelente dirección que, como directora-fundadora de la EUE, ejerciera Dora Ibarburu desde 1950 hasta el 16 de julio de 1962, capaz de impulsar al colectivo profesional para generar un modelo científico-humanístico a nivel docente y asistencial en los medios intra y extrahospitalarios. Su trabajo en instituciones de carácter predominantemente preventivo fue enriquecido por su formación posbásica obtenida a través de cursos, asistencia a congresos internacionales y pasantías en escuelas de enfermería de Chile. Contribuyó a crear en la EUE una actitud permanente de mejoramiento de la enseñanza con renovaciones periódicas de cuatro planes de estudios el último de los cuales, de 1971, era conducente a una licenciatura. Este plan tiene un fuerte arraigo nacional que surge de los trabajos de investigación sobre aspectos del contexto uruguayo y de las características de los educandos a recibir, así como la elaboración de una doctrina y política de la institución Estos trabajos fueron analizados en jornadas en las que participaron pedagogos nacionales, administradores de servicios de salud, 47 enfermeras de distintos medios del país, 45 enfermeras provenientes de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, México, Paraguay y Perú, y dos Consultoras de la Oficina Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

2) La formación de un cuerpo de enfermeras docentes que tuvo una actitud crítica científica adherida a la humanización del cuidado, en buena parte como consecuencia de los cursos posbásicos que realizaron en diversas universidades de Estados Unidos y Canadá, en Chile y en México así como en la propia Escuela y en otros servicios de la Universidad.

3) El nivel alcanzado por la Escuela le permitió tener en su ámbito a estudiantes y enfermeras docentes provenientes de Argentina, Costa Rica, México y Paraguay para realizar cursos y pasantías [35]

Al finalizar esta parte, se considera importante destacar una de las opiniones del Dr. Mario A. Cassinoni bajo el título "*La Escuela Universitaria de Enfermería y la Escuela de Nurses*". Decía Cassinoni:

> *"No seríamos justos si no destacáramos que las nurses graduadas en nuestro país, en la Escuela Carlos Nery, dependiente del Ministerio de Salud Pública, han visto con simpatía la instalación de la Escuela y la consagración de la técnica que poseen en un título profesional. (…)La Asociación de Nurses del Uruguay, me solicitó opinión sobre la conducta que a mi juicio debía adoptarse una vez tituladas las primeras enfermeras, diferenciándose así de las egresadas de la Escuela Carlos Nery, que por estar fuera del organismo capacitado para impartir enseñanza superior, la Universidad, reciben sólo un certificado de capacidad. Concreté mi pensamiento diciendo: Que la Universidad debe, a mi juicio, actuar con espíritu amplio frente a las egresadas de la Escuela Nery, evitando toda situación de inferioridad a quienes se graduaron en ella y desempeñaron funciones durante muchos años; el reconocimiento de estos estudios se impone por las vías usuales en tales casos y debe hacerlo la Universidad, que ha valorado altamente la capacidad de las egresadas, al entregarles la enseñanza de las alumnas de su Escuela".*[36]

Efectivamente, las pioneras de la enfermería universitaria provinieron de dicha Escuela.

Formación de Auxiliares de Enfermería (1950-1973)

En 1950 se inauguraron los cursos de Auxiliares de Enfermería con el fin de preparar el personal necesario para el Hospital de Clínicas.[37] El curso de Auxiliares de Enfermería era uno más entre la variedad de cursos para formar colaboradores o auxiliares del médico que dictaba la Escuela de Auxiliares del Médico, que tenía como Coordinador al Dr. Eugenio Fulquet.[38] Entre ellos estaban incluidos desde 1945 cursos de Dietistas, desde 1947 cursos de Auxiliares de Radiología y de Fisioterapia, cursos para Auxiliares de Transfusionistas y cursos de Psicología Aplicada a la Infancia. En 1951 se iniciaron los cursos de Auxiliares de Archivo Médico y Estadística.

De esta manera opinó, respecto a los cursos de auxiliares de enfermería, el Dr. Odair Pacheco Pedroso, asesor de la Facultad de Medicina en lo referente al hospital universitario, ante la Comisión del Hospital de Clínicas:

> *"En los cursos de auxiliares de enfermería se ha tenido en cuenta la imperiosa necesidad del futuro Hospital de Clínicas de disponer a breve plazo de personal capacitado de acuerdo a las normas que rigen en otros países. Se trata de una enseñanza eminentemente práctica, que se daría en un plazo de*

> *25 a 30 semanas, aproximadamente 7 meses."(…) "Ha tenido que irse a la limitación del número de aspirantes… fijado en 150. Se ha considerado que los alumnos debían ser de sexo femenino… y se fijó la edad de admisión entre 18 y 35 años" (…) "Esos cursos… tendrían que desarrollarse más de una vez por año…"(…) "Las aspirantes serán sometidas a un examen de aptitud psicofísica en la Oficina Médica de la Facultad de Medicina y deberán presentar referencias de orden personal sobre moralidad, etc., de personas vinculadas a la Facultad."(…) "Se establece la exigencia mínima de 4º año de primaria, con el fin de que cuenten de una lectura y escritura correcta, y las nociones de cálculo elemental."(…) "Se necesitarán no menos de 1000 auxiliares de enfermería".*[39]

Aparte de actuar en uno de los primeros centros docentes y asistenciales de América, los egresados iban a tener la posibilidad de actuación ulterior en otros centros docentes y asistenciales del país. Luego podrían tener cursos complementarios de 3 ó 6 meses. La Dra. Célica Perdomo de Fernández fue designada en forma interina como encargada de estos cursos[40] pero al solicitar ella licencia para realizar un curso sobre administración en San Pablo, se encargó de sus funciones a la Br. Danée Belén. El 11 de agosto de 1951 se hizo entrega de diplomas a las 85 personas egresadas del primer curso de auxiliares de enfermería realizado por la Facultad de Medicina. En el acto hicieron uso de la palabra el Decano Mario Cassinoni, el Coordinador de la Escuela Eugenio Fulquet, la encargada de los cursos Danée Belén y una alumna. Con posterioridad, hecha la selección de las 40 mejores alumnas, el Decano puso a consideración de la Comisión[41] la contratación y distribución de dichas alumnas en los servicios hospitalarios.

Un nuevo curso para auxiliares de enfermería se inició en 1951. Se hizo un llamado para docentes: 8 estudiantes de Medicina y 2 nurses. Éstas, con mayor capacitación clínica, cumplieron funciones de instructoras, los primeros aportaron "*una cultura universitaria.*[42] Luego se contrató a 9 nurses como instructoras y *"para la enseñanza de los cursos teóricos a las Dras. Obdulia Ébole y Nelly Temesio y a la Br. Rebeca Cuyás*".[43] Obsérvese la condición de género de las estudiantes de auxiliares, de las docentes médicas y las estudiantes de Medicina, lo cual pone de manifiesto la histórica presencia femenina en la función de cuidar. Posteriormente se generó una situación conflictiva durante las prácticas de las auxiliares. Luego de recibida una nota de la Asociación de Nurses del Uruguay solicitando que en el llamado para docentes debieran inscribirse solamente nurses tituladas, ello fue resuelto favorablemente por el CDFM.

Finalmente fue designada para este curso como directora la nurse Dora Ibarburu (Fig. 11), solución que podría ser muy beneficiosa desde el punto de vista de la coordinación de ambas enseñanzas, y para el siguiente año la nurse Justa M. Mendieta.[44] En 1954 obtuvieron su certificado 200 alumnas. Algunas



Figura 11.- Alumnas del curso de Auxiliares de Enfermería. Atrás, la instructora Dora Ibarburu. (AFHC).

de ellas a poco de obtenerlos pasaron a desempeñar tareas en sanatorios privados.[45]

En 1954 se realizó por primera vez un curso para preparar auxiliares de enfermería de sexo masculino quienes egresaron a mediados de 1955. También en aquel año se realizó un curso complementario para Auxiliares de Enfermería Graduadas a fin de que estuviesen mejor capacitadas para el Hospital.

La formación de auxiliares de enfermería continuó en la Escuela de Colaboradores del Médico hasta 1973 cuando se estaba procesando entre integrantes de Enfermería de dicha escuela y la EUE el pasaje de los mismos a la órbita de ésta. Por otra parte cuando los estudiantes de la EUE tenían aprobado Enfermería Médico Quirúrgica, y por lo tanto ya habían cursado Enfermería Materno Infantil, también recibían el certificado como Auxiliar de Enfermería, el cual debía tramitarse a través de la Escuela de Sanidad y Servicio Social del MSP.

En 1952 el MSP inició la formación de Auxiliares con cursos de 9 meses de duración y cuyos programas debían ser establecidos por la Escuela de Sanidad y Servicio Social. Esta institución pasó a ser el ente normativo y regulador

de este perfil laboral. En 1967 la Escuela de Sanidad comenzó a desarrollar cursos de extensión de Auxiliar de Enfermería Adiestrado en Block Quirúrgico.[46]

Funcionamiento del Departamento de Enfermería (1953-1973)

Para la puesta en funcionamiento del Hospital de Clínicas era necesario resolver ciertos problemas esenciales: la falta de personal preparado de diversos tipos; delimitar las funciones que cumplirían los servicios según la estructura y organización que se diera al Hospital; resolver la instalación de equipos y materiales para un hospital de alta complejidad en concordancia con los avances científico-tecnológicos, así como factores que exigían modificaciones y complementaciones de la planta física.

En 1951 la Comisión del Hospital de Clínicas contaba con una nurse contratada para el tratamiento de todos los problemas de Enfermería; se trataba de María Julia Pepe de Oronoz. En noviembre de este año se le autorizó a concurrir al Congreso de Enfermería de San Pablo acordándosele además una misión de estudios y la presentación del informe sobre las tareas realizadas en dichas reuniones.[47] En la organización hospitalaria uruguaya no había antecedentes de funcionamiento, creación, organización, estructuración, de un departamento de Enfermería;[48] vale decir, se carecía hasta entonces de experiencia en la administración de estos servicios.

Al Dr. Manuel Ambrosoni y a la directora de la Escuela Universitaria de Enfermería, nurse Dora Ibarburu, con el asesoramiento del Dr. Odair Pedroso, se les encomendó que realizasen un estudio de la cantidad de nurses necesarias para el Hospital de Clínicas.

Posteriormente, en 1952, a fin de colaborar en tareas de organización se contó con las nurses Irma V. Batto y María Angélica Martínez de Galli. Esta última debió realizar, junto con el Dr. Helvecio Tabárez, el estudio del funcionamiento del Centro de Materiales.[49] En una sesión de la Comisión del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" a la que asistieron las nurses María Julia Pepe y María Angélica Martínez se consideró una lista de materiales y aparatos médicos-quirúrgicos requeridos para los pisos clínicos y el piso de sala de operaciones. Se trataba de una extensísima lista de muebles y aparatos de uso extremadamente frecuente en el quehacer de enfermería.[50] Estas dos nurses integraron la Comisión de Compras para el material de enfermería.[51] La Nurse María Angélica Martínez tenía como antecedente el haberse incorporado como instrumentista, luego de capacitarse en los Estados Unidos, al equipo de Neurocirugía del profesor Alejandro H. Schroeder y el Dr. Román Arana en el Hospital Maciel, lo cual le permitió más adelante formar instrumentistas en el Hospital de Clínicas.[52]

El Dr. Odair Pedroso en su calidad de asesor afirmó que no se podía hacer la habilitación rápida del Hospital por falta de personal. Expresó que en el Hospital de Clínicas de San Pablo "*la habilitación se ha hecho de acuerdo con el número de nurses disponibles.*"(…) "*Con el número de nurses y con la Escuela de Auxiliares de Enfermería Uds. están muy bien" (…) "porque nosotros no tenemos cursos de enfermería y esas muchachas* (las alumnas de la EUE) *que estarán trabajando aquí valen oro". "Una alumna de tercer año equivale al 90% de una enfermera, en el segundo año vale del 65 al 70% de una enfermera; en primer año, más o menos un 15 a un 20%..."*[53]

Un acontecimiento de gran significación para la disciplina lo constituyó la aprobación del reglamento del Departamento de Enfermería. A tales efectos la Comisión había encomendado a la Dra. Célica Perdomo de Fernández, al Dr. Helvecio Tabárez, a las Nurses del Dpto.de Enfermería Pepe de Oronoz, Irma V. Batto y a la Directora de la EUE Dora Ibarburu, que estudiaran el reglamento para el Departamento.[54] Sobre el mismo las nurses Batto e Ibarburu presentaron un informe que posteriormente fue aprobado. Esta reglamentación centraba la responsabilidad del servicio en la ejecución de actividades específicas de enfermería, quedando comprendidas entre éstas las técnicas, administrativas, docentes y de investigación. Esta era la primera vez que a las enfermeras se les confería la responsabilidad en investigación.[55] Cabe destacar que el Dpto. estaría integrado por enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería y personal de servicio; obsérvese que aquí no se consideró la necesidad de personal administrativo de apoyo.

La Nurse Pepe de Oronoz, primero como Asistente del Departamento de Enfermería y a partir de 1954 como Jefe del Departamento, fue la responsable de la organización de la Enfermería del Hospital en sus primeros tiempos. Alegre, amable, afectuosa y comprensiva en el trato, pulcra y elegante en su vestimenta, siempre estaba dispuesta a escuchar los problemas que se le presentaban y a contribuir a su solución, en el marco de su principal cometido acerca de la calidad de los cuidados. Poseía además una admirable intuición profesional que facilitaba su labor de directora.

Durante su gestión existió siempre una excelente relación de cooperación e intercambio con la EUE a tal punto de que algunas de las enfermeras egresadas de dicha escuela cumplieron tareas de instructoras (enfermeras docentes) por el año 1953, aunque sus cargos pertenecían al Hospital. Fueron ellas Gladys Vizcaíno, Helvecia Varela, Sofía González y Nélida Rienzi.[56]

Con anterioridad al inicio del funcionamiento del Hospital, según el Dr. Tabárez, las necesidades para el Dpto. de Enfermería eran las siguientes: veinticinco Enfermeras jefes de Sala, noventa Auxiliares de Enfermería y dos peluqueros (estos últimos para afeitar pacientes, cortarles el pelo y rasurarles para ciertas operaciones), quienes serían seleccionados a través de un llamado a

aspirantes.[57] De las veinte enfermeras jefes que fueron designadas, cumplieron papeles importantes en el Hospital de Clínicas y/o en la EUE las siguientes: Julia Galemire, Olga Fraga, Leonilda Hernández de Servetti, Dominga Urtiaga, Berta Stella, Sofía González, María Cossu, Mirtha Mut, Gladys Vizcaíno y Helvecia Varela.[58]

Fue recién el 19 de enero de 1954 cuando la Comisión del Hospital de Clínicas resolvió autorizar al Decano a elevar al Consejo Central Universitario las propuestas correspondientes para la designación como Enfermeras (Nurses) Supervisoras de las siguientes personas: Leonilda Hernández de Servetti, Olga Fraga, Dominga Urtiaga y Julia Galemire.[59] Julia Galemire recuerda que el período de actuación de la Nurse Pepe fue realmente complejo, aunque todo el personal tenía una mística especial respecto del cumplimiento de sus funciones en el Hospital.[60]

Pepe ha destacado que durante su gestión hubo varios cambios de Dirección y que se dieron importantes cambios administrativos, presupuestales y legales, modificándose entre otras cosas la duración de la jornada laboral, los regímenes de licencias y sucesivas modificaciones de planta física y progresivas habilitaciones de servicios de hospitalización y policlínicas. A su retiro del cargo el Depto. de Enfermería contaba con 600 personas, que correspondían a un tercio del total de personal del Hospital de Clínicas. Enfermería asumió incluso aspectos de coordinación que hicieron efectiva la adecuación de la planta física y las instalaciones así como la adquisición de materiales y equipos, su preparación, almacenamiento, distribución y enseñanza del uso apropiado. Todo lo dicho a pesar de que según la opinión de Pepe "*el hospital disponía de recursos normalmente escasos (…) complicando el aspecto técnico del cuidado y salvo la primerísima etapa se debió funcionar con cuadros mínimos de personal, a pesar de lo cual pocas veces se ha dado en el país un tan alto nivel asistencial de enfermería en sus aspectos integrales*".[61] Todo esto fue posible gracias a una variada elaboración de procedimientos técnicos y administrativos, de las evaluaciones periódicas, de la investigación de causas de atención incorrectas y accidentes. El modelo de dotación de tener 2 enfermeras por unidad nunca pudo llevarse a la práctica.

Diferentes integrantes del Depto. de Enfermería antes de incorporarse al mismo habían tenido becas para estudios: por ejemplo, la nurse Martínez de Galli a EEUU; la nurse Julia Galemire había sido becada a Costa Rica y Guatemala para realizar observaciones sobre Escuelas de Enfermería y en 1957 a la Universidad de Indiana, en Bloomington; otras habían participado de cursos dados por las enfermeras brasileñas.

A menudo en la primera etapa del Hospital, la nurse Galemire colaboraba con el trabajo de Pepe hasta altas horas de la noche, a veces hasta las 2 a.m. "*Si un médico indicaba una medicación que no teníamos en el Hospital sacábamos dinero de una caja chica que teníamos e íbamos a comprarlo, en una oportunidad que*

ya era de noche uno de los porteros se ofreció para hacer el mandado. Todos estábamos imbuidos de la misma mística por dar buena atención a los pacientes." Galemire continúa diciendo que en Emergencia "*llevábamos un memo*" sobre los pacientes a los que les preguntábamos cómo sentían que habían sido atendidos. Recuerdo que el maestro Julio Castro contestó: "*he recibido una atención excelente pero me pregunto si el país podrá continuar, debido a las condiciones económicas, dando todo cuanto nos dan.*" De hecho esto constituía un control de calidad según la percepción del usuario. En esa primerísima época el paciente recibía toallas, útiles para su higiene, zapatillas para levantarse, salto de cama, etc. para verano o invierno según correspondiera. Su ropa personal era guardada en perchas protegidas con nylon y sus valores (relojes, pulseras, anillos, dinero, etc.) eran entregados en custodia a Contaduría.[62]

En 1954, para la apertura del Centro Quirúrgico y el servicio de Recuperación Postanestésica, el Depto. de Enfermería realizó importantes esfuerzos de organización y sobre todo de formación de personal. En el Centro Quirúrgico había una Enfermera Jefe y otra Enfermera Universitaria que se ocupaba de los aspectos de atención más directa de los pacientes. La Enfermera Jefe se hacía cargo esencialmente de todas las coordinaciones con los diferentes sectores: los de hospitalización, Sangre y Plasma, Anatomía Patológica, Anestesia, Farmacia, Ropería, Recuperación, Centro de Materiales, etc. En realidad, la puesta en marcha del Centro Quirúrgico significó también grandes cambios en el comportamiento médico. Por primera vez en el país el equipo de cirujanos se cambiaría toda su ropa de calle (o la ropa con que venía del piso de hospitalización) por los equipos del Block, y sobre éstos vestirían luego sus túnicas esterilizadas. La enseñanza del personal de enfermería abarcaba lavado quirúrgico de manos (Fig. 12); vestido quirúrgico completo; instrumentación en general; técnicas de preparación y circulación en sala de operaciones (Fig- 13); atención en el cuarto de recepción de materiales; preparación de piezas anatómicas; preparación de paquetes de ropa y cajas quirúrgicas; preparación de paquetes de gasas, compresas, drenajes, etc.; recepción del paciente y su prepararación en el cuarto de anestesia. Esta enseñanza estuvo a cargo fundamentalmente de Helvecia Varela, quien contó con la supervisión y ayuda de Lila Porta.[63] Ambas eran por entonces docentes de la EUE; actualmente son Profesoras Eméritas de la Facultad de Enfermería. En ciertos casos los cirujanos profesores solicitaban trabajar con sus instrumentistas privadas quienes traían y llevaban del Hospital instrumental propio. Al Prof. Washington Ísola se le concedió autorización para que la Nurse Lastretti instruyera al personal necesario para el funcionamiento en la Policlínica de Estrabismo, debiendo fijar y comunicar a la Dirección el horario que cumpliría la referida funcionaria.[64]

Es importante destacar que Helvecia Varela realizó también la enseñanza a los estudiantes de Medicina que carecían de formación académica sobre cómo actuar en sala de operaciones, salvo excepciones. En la primera época estuvieron en el Centro Quirúrgico Nélida Rienzi, Noemí Villamayor y Soledad Sánchez.

En 1954 actuó como Nurse Supervisora Dominga Urtiaga, quien acostumbraba a realizar guardias de retén dado que la coordinación operatoria se llevaba a cabo en la mañana y en la tarde; fuera de estos horarios solo se efectuaban urgencias.[65] Posteriormente estuvo como Supervisora en el Centro Quirúrgico y Recuperación la Lic. Mirtha Mut Mandressi. Desde junio de 1956 hasta julio de 1957 Mirtha Mut asumió una beca para asistir a Boston University, Massachussets, EUA. Allí estudió Enfermería en pacientes con enfermedades trasmisibles, Enfermería Médico Quirúrgica y Administración y Supervisión en Enfermería.



Figura 12.- Enseñanza de lavado de manos. (AFHC).



Figura 13.- Enseñanza de traslados en el Block Quirúrgico. (AFHC).

Cuando finalizaba la intervención de un paciente, previo llamado, el mismo era trasladado a Recuperación Post Anestésica, siempre acompañado de su Historia Clínica, con la descripción operatoria y las indicaciones del cirujano. Allí se encontraba un anestesista que era quién determinaría el momento en el cual el paciente podía ser trasladado a su unidad de piso, a menos que el cirujano hiciera esta indicación. Ya en el piso 17 Recuperación contaba con oxígeno y aspiración centralizados y también disponía de aparatos para asistencia respiratoria mecánica. En la primerísima etapa de Recuperación actuaron como enfermeras la E. U. María Rosa Ferro, las Nurses Yoko de Artigas y Amanda Méndez; eran enfermeras turnantes Gladys Morse e Isabel Silva. Las enfermeras turnantes hacían esta modalidad de servicio incluyendo al Centro Quirúrgico.*

* Información aportada por la Lic. Mirtha Mut

Un hito ocurrió en diciembre de 1953, cuando el Dr. Clarence Crafoord, eminente cirujano cardiovascular sueco, visitó Uruguay. El equipo que lo acompañó estaba integrado por los doctores Ake Senning, Olle Friberg (anestesista especializado en intervenciones de tórax), Bengt Jonsson y Alberto Barcia (médico radiólogo uruguayo que desde hacía dieciocho meses se encontraba en Suecia perfeccionándose), la Nurse instrumentista Inga Ericsson y la Nurse Margaretta Hamenberg, denotando esta integración la importancia dada a la enfermera en los procedimientos. El naciente equipo de cirugía cardíaca uruguayo incorporó este criterio para su funcionamiento en el Hospital de Clínicas, destacándose el desempeño de la nurse Mabel Astoviza quien estuvo becada en la Clínica Mayo en el Hospital Saint Mary, Minnesota, Rochester, durante veinticinco meses. Allí, dadas las funciones docentes de esta clínica, realizó cursos teóricos y prácticos, con una tutora, para especializarse en el cuidado de pacientes niños y adultos en dicha especialidad, incluyendo la atención de pacientes en Centros de Tratamiento Intensivo (CTI). En nuestro país se realizó el ensayo con diecinueve perros, utilizando la máquina corazón-pulmón artificial para circulación extracorpórea usada en la Universidad de Minneápolis "*Durante el ensayo con perros, el equipo de investigación ha sido siempre el mismo (…): anestesista, cirujano, médicos que realizan los registros de presión, electrocardiogramas, gases en sangre con medidas directas (oximetría directa) y determinación analítica en el Van Slike, una enfermera y un auxiliar de enfermería*". El primer perro con el que la experiencia fue exitosa, "Barcino", fue llevado a la casa de uno de los médicos del equipo. Astoviza realizó los cuidados de todos ellos, aun concurriendo en las noches. Orestes Fiandra y Mabel Astoviza publicaron la experiencia con los cien primeros casos humanos en 1969.[67]

Posteriormente, en todo lo relativo a la atención de enfermería de los pacientes con marcapasos en las etapas pre, intra y post implante, la nurse Mabel Astoviza volvió a tener destacada actuación.

También participó Mabel Astoviza, junto con otras nurses, en el desarrollo de la Nefrología en nuestro país. El primer impulsor de esta especialidad fue el Dr. Héctor Franchi Padé, integrante de la Clínica Médica "A" del Hospital, a cargo del Profesor J. C. García Otero. Siguió su senda el Dr. Adrián Fernández, que obtuvo una beca de estudios para el centro que dirigía Jean Hamburger en el Hospital Necker de París. Después de regresar a Uruguay, en 1956, el Dr. Adrián Fernández, comenzó a realizar hemodiálisis en perros como parte de un proceso de investigación que le permitió llevar a cabo el 9 de abril de 1957 la primera diálisis peritoneal terapéutica. En los ensayos de hemodiálisis en perros le ayudaban, trabajando en forma honoraria y en horario nocturno, los Drs. Dante Petruccelli y Walter Espasandín y la Enfermera Universitaria Mabel Astoviza.[68]

Dichos ensayos en perros tuvieron lugar hasta que en enero de 1958, se realiza la primera hemodiálisis en una joven que presentaba una insuficiencia renal aguda. Al decir del Dr. A. Fernández "*Ello ha sido posible por la invalorable colaboración del Depto de Enfermería en general, y en particular por las Nurses: Supervisora Julia Galemire y de las Nurses Jefes: Srtas. Mabel Astoviza, Alma Carrasco y Alba Blanco".*[69] Mabel Astoviza tuvo un papel fundamental porque contribuyó a establecer pautas para los cuidados de enfermería en la etapa en que se utilizaba la técnica de diálisis peritoneal sobre: aspectos emocionales y físicos del paciente, preparación de la cama, preparación del cuarto de diálisis, instrumental necesario a obtener en el Centro de Materiales así como qué debía obtenerse en la Farmacia, la vigilancia del enfermo durante la diálisis y de la técnica en sí y los cuidados al finalizar la misma. También participaron en el equipo de diálisis: Milka Muñiz, Enfermera Jefe de la Clínica del Prof. García Otero, Geraldine Ripoll, Enfermera de Sala de dicha Clínica y Altamira Rodríguez. Obviamente, continuó siendo importante la labor de estas últimas enfermeras cuando se realizaban las hemodiálisis mediante la utilización del riñón artificial de Kolff-Merril. En relación con la Nefrología parece importante destacar que las enfermeras que allí funcionaban, en la Unidad de Riñón Artificial, llevaban un amplio registro sobre los cuidados del paciente y que dichas hojas eran incorporadas a la Historia Clínica del paciente, hecho que no ocurría en muchos servicios donde los Registros de Enfermería debían llevarse a cabo en la columna que en la Hoja de Indicaciones Médicas se denominaba Indicaciones Cumplidas, en las cuales las enfermeras anotaban aspectos del cuidado no indicado por el médico.[70] Ellas llevaban cuenta de las horas trabajadas fuera del horario habitual de sus funciones, pero no les fue posible que se les incorporaran al sueldo ni tomarlas libres.

En 1960 en Seattle, Estado de Washington, EEUU, crearon el circuito o "shunt" arteriovenoso que significó un importantísimo avance tecnológico.[71]

En 1963 se integró al equipo Juana Bequio, cuando Altamira Rodríguez que venía trabajando en el mismo pasó al piso 16, para incorporarse a Perinatología. En 1964 el Dr. Adrián Fernández se retiró del equipo e ingresó al mismo el Dr. Luis Campalans; como Enfermera se integró Laura Hernández. Juana Bequio y Laura Hernández en 1968 concurrieron becadas por el Hospital de Clínicas a la Unidad de Diálisis de Crónicos del Hospital Italiano de Buenos Aires. Después de varios años de trabajo en esta especialidad, decidieron irse a trabajar a Suiza. Laura retornó a su país años más tarde. Juana continuaría trabajando en Suiza hasta su fallecimiento en 2006, ocurrido en nuestro país durante sus vacaciones.

En 1957 Pepe había iniciado la Sección Educación del Departamento y se llevó a cabo un programa de orientación en administración de sala para estudiantes de Enfermería de Asunción, Paraguay, quienes habían hecho un período

de aprendizaje en el Dpto. de Administración de la EUE, ejemplo claro de integración academia-servicio. Por entonces varias integrantes del *staff* habían efectuado visitas al exterior, participado en seminarios, congresos, etc.[72] y usufructuado becas en Argentina, Brasil y Chile. Asimismo se realizó un curso básico para auxiliares de enfermería a solicitud del director del Hospital de Melo.

Es importante destacar que el año 1957 fue especialmente significativo en lo que se refiere a mejoramiento de la preparación de las enfermeras profesionales debido a su concurrencia a congresos y por el otorgamiento de becas de estudio. En primer lugar las nurses Pepe y Olga Fraga solicitaron licencia extraordinaria por haber sido designadas por la Asociación de Nurses del Uruguay, delegadas al Congreso Internacional de Enfermería que se iba a realizar en la ciudad de Roma. Las solicitudes fueron elevadas con informe favorable al Consejo Directivo de la Universidad. Concurrieron también al Congreso Cuadrienal del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) las enfermeras Gladys Morse y Alba Luccini.[73] En lo relativo a becas, la OMS dio una a la Supervisora Dominga Urtiaga, a quien se le otorgó licencia extraordinaria por el término de un año, para concurrir a Inglaterra a realizar cursos.[74] También estuvo becada en Londres la enfermera Nélida Larrea, durante un año, para prepararse en el cuidado de pacientes oncológicos".[75] Asimismo la supervisora Julia Galemire y la enfermera Noemí Villamayor de Perdomo asumieron becas de un año de duración para asistir a Indiana University School of Education, Bloomington, EEUU, en diciembre de 1958. A ambas se les concedió licencia extraordinaria.[76]

A través de los años se fueron realizando cursos a enfermeras y auxiliares para prepararlas en diferentes áreas: neurocirugía, gastroenterología, hemodiálisis y cardiología. Pocos años después varias enfermeras habían hecho el curso post básico en la EUE en una de las dos orientaciones que ofrecía: Administración de Servicios o Educación. Estas oportunidades de aprendizaje se estimulaban en función de los resultados de las evaluaciones de las personas.

Aunque el cumplimiento de las etapas de habilitación del Hospital pasó por situaciones críticas por escasez de personal sobre todo de Enfermería, se consideraba que el Dpto. de Enfermería era el pilar básico".[77]

El Instituto de Neurología se incorporó al Hospital de Clínicas en 1958. Luego de su traslado al Hospital, la Nurse Martínez de Galli fue contratada por la Clínica del Prof. Arana para entrenar a Ofelia Revello, Auxiliar de Enfermería, en instrumentación neuroquirúrgica. Ambas trabajaron posteriormente en el entrenamiento de las auxiliares para instrumentar en el equipo de neurocirugía. Al decir de Eduardo Wilson, "*Revello se constituyó en colaboradora inmejorable de los cirujanos, en depositaria y salvaguarda de un instrumental delicado y oneroso y en especial en docente de la instrumentación en neurocirugía*" .[78] A su

vez ella preparó instrumentistas para Neurocirugía para otras instituciones de Montevideo y el Interior.

El Instituto de Neurología contaba con una sala para hombres, una para mujeres (ambas para dieciocho pacientes) y otra de neruropediatría. La dotación de personal era de una enfermera (o nurse) y dos auxiliares de enfermería por la mañana; por la tarde y en el turno vespertino se disponía de una enfermera por ala y una auxiliar por sala. En Sala 2 donde se atendían enfermos más graves había mejor dotación que en el resto y se contaba con aspiración y oxígeno centralizados. Entre los enfermeros universitarios de la primera etapa del Instituto en el Hospital, podemos citar a Delia Rivoir (Supervisora), Clelia Radesca, Ida Sánchez; Ana María Sabrnak, Maité Guillén, Sonia Cobbold, Ioni dos Santos, Nilo Berrutti, (primer graduado de la EUE de sexo masculino, año 1962), Jorge Vieytes, Elsa María Azanza y Dinorah Cappio, entre otras. El Instituto era utilizado por la EUE como campo de práctica de los estudiantes para el curso que por entonces existía sobre Enfermería Avanzada y Administración de Sala actuando como enfermeras docentes Myriam César y Noemí Lois respectivamente. Este curso implicaba tener un estudiante ejercitando el papel de Enfermero Jefe de Sala y otro como Enfermero a cargo de los cuidados directos. En ausencia de estudiantes la dotación de enfermería se mantenía como fuera dicho más arriba. Los pacientes que necesitaban respiración asistida eran trasladados a Recuperación Post Anestésica donde había respiradores Bird y Engström. Había manuales de procedimientos técnicos, relativos a la valoración, intervención y evaluación de los cuidados de enfermería, así como manuales administrativos. Lo anteriormente mencionado fue posible al tener cuidados normatizados para el pre- y postoperatorio de los pacientes.[79]

En 1962 asumió el cargo de jefa del Depto. de Enfermería la nurse Dora Ibarburu. Su gestión provocó cambios sustantivos en el servicio. Por primera vez en el país:

1) Se formuló la doctrina o marco conceptual del mismo, basados en los Principios Fundamentales de Enfermería publicados por el Consejo Internacional de Enfermeras. Según expresiones de Ibarburu, en un informe suyo de actuación (Exp. 449/72) refiriéndose a la importancia de contar con una doctrina dice *"(…) cuando el interés científico choca con los derechos humanos, con la moral, con las ideas religiosas o con el interés económico; cuando la preocupación conservadora por el orden entra en conflicto con el interés progresivo por la libertad; cuando el institucionalismo tropieza con la individualidad, es necesario referirse a un punto de vista general en el cual puedan superarse las divergencias y recobrar la coherencia en la acción. (…)Esto se hace necesario cuando las aspiraciones discrepantes de diferentes ideales de conducta involucran a la comunidad como un todo – en este caso la comunidad hospitalaria—y la necesidad de reajustes generales"*.[80]

2) Se constituyó una estructura que estableció 11 unidades de organización, cada una a cargo de una Enfermera jefe. Entre 1962 y 1967 se describieron 27 cargos a fin de marcar claramente las responsabilidades, actividades y tareas asignadas; ello contribuyó a mejorar la eficacia y eficiencia del personal. "*Fue importante la revisión crítica que se hizo de los criterios de división del trabajo y de la asignación de funciones. En ese sentido cabe señalar especialmente el hábito que se incorporó, de elaborar planes de trabajo anuales para los distintos sectores, que no solamente fueron elaborados previamente a cada ejercicio, sino que oportunamente fueron evaluados*". [81]

Ibarburu puso en evidencia su preocupación tanto en la preparación como en la estabilidad del personal en las áreas especializadas tales como Nefrología, Neurología y Neurocirugía, Centro de Tratamiento Intensivo (CTI), Centro Quirúrgico y Emergencia. Otro aspecto a destacar es el alto grado en que sabía conjugar el interés y la preparación de las enfermeras con las necesidades del Hospital. Quizás el mejor ejemplo de esto sea, que otorgó horario libre a Juana Bequio, a fin de que participara en el equipo de Nefrología en el horario y el tiempo en que ello fuera necesario.[82]

3) A su vez Dora Ibarburu instaló dos tipos de comités de trabajo: algunos de carácter permanente que fueron el de Educación y el de Técnicas y otros de carácter transitorio para resolver ciertos estudios o investigaciones. El Comité de Educación estuvo a cargo de la nurse Julia Galemire y fue el primero de esta naturaleza en el país con su doctrina y principios educativos claramente definidos. Actuó como asesora María Rosa Parentini, años más tarde Profesora Emérita de la Facultad de Medicina. Mientras Galemire realizó el curso posbásico de la EUE sobre Educación, le subrogó Lilián Juan. El otro comité permanente a que hiciéramos referencia fue el de Técnicas al cual se integraron enfermeras de sectores de internación y la jefe del Centro de Materiales. Estuvo a cargo de la Nurse supervisora Amanda Méndez y fue asesorada por Soledad Sánchez; cuando ésta asumió la dirección de la EUE fue sustituida por Haydée Ballesteros.

4) Se generó un clima de trabajo altamente favorecedor de "*la capacitación y perfeccionamiento de todos los participantes del equipo*" lográndose sistematizar la educación en servicio y la educación permanente, de carácter verdaderamente continuado. Se otorgaron becas, que en el caso de muchas enfermeras fue en régimen de dedicación exclusiva para realizar cursos de postgrado.[83] Se facilitó la concurrencia a jornadas y congresos dentro y fuera del país y se realizaron cursos de actualización en todas las áreas de cuidados de enfermería.

5) Se preparó personal para servicios especializados; en forma teórica y práctica. Todo ello sin descuidar la actualización periódica en los cuidados de pacientes médicos y quirúrgicos generales. El "Proyecto de Programa de Asistencia Progresiva" en nuestro país fue elaborado por Hugo Villar, Director del Hospital de Clínicas; Dora Ibarburu, Directora de la EUE; Lila Azucena Porta

y María Angélica Rodríguez de Merli, ambas enfermeras docentes de la EUE y Aron Nowinski, Director Asistente del Hospital de Clínicas, en agosto de 1961.[84] Fue gratificante comprobar que en la bibliografía que sustentaba este proyecto se encontraban obras de las que era autora Faye Abdellah, quien en la década del 60 ayudó en el mundo a comprender la importancia que el cuidado de enfermería estuviera centrado en las personas, en general. Los programas de orientación, con los que se daba inicio a la educación en servicio, incluían aspectos generales sobre la institución –en especial aquellos servicios como Farmacia, Laboratorio u otros con los que Enfermería mantenía frecuentes coordinaciones- y la orientación específica a la unidad en la cual la persona desempeñaría sus funciones.

6) Para la administración de personal, sucediendo a la nurse Olga Fraga de Scaldaferri, estuvo la nurse Dominga Urtiaga quien por su trato amable, comprensivo, de respeto hacia los demás; por su solidaridad, la ecuanimidad de sus juicios críticos sustentados en su actitud científica, y por su fuerte sentido hacia la humanización del cuidado, ejerció su labor de manera muy eficaz y eficiente. Todo ello generó afecto y reconocimiento del personal a su cargo. A su muerte fue sucedida por Delia Rivoir de Charbonier. Para el reclutamiento de personal se llevaban a cabo entrevistas y tests de habilidades y se accedía a los cargos mediante concursos. En los concursos para titularidad se otorgaban puntajes por asiduidad, puntualidad, antigüedad y evaluación del desempeño y trabajos realizados. "*Sin exagerar, podríamos decir que el Departamento, en el aspecto de administración de personal, ha estado señalando rumbos en el Hospital y en el ámbito nacional*".[85]

7) Para la administración de recursos materiales designó Asistente jefe a María Angélica Martínez de Galli, quien asumió la responsabilidad por la provisión de equipos y materiales y veló por su uso eficaz. Inicialmente fue ayudada por la enfermera Mafalda Destéffanis, que pasó luego a asumir dicho cargo.

8) Cabe señalar que la organización y funcionamiento de este Departamento de Enfermería del Hospital fueron tomadas como modelo en el país y enfermeras de varios servicios realizaron allí pasantías. También en otras instituciones públicas y privadas se crearon departamentos tratando de emular al de este hospital, pero ellos eran implementados en instituciones no estructuradas por departamentos, lo cual a nuestro entender influyó negativamente en su desarrollo eficiente. En 1967 varios Dptos. de Enfermería de Montevideo estaban bajo la responsabilidad de una nurse o enfermera universitaria.

9) Entre el 27 y el 31 de octubre de 1969 el Dpto. llevó a cabo unas "*Jornadas de Asistencia de Enfermería*" en las que se discutieron relatos y correlatos elaborados por enfermeras, auxiliares de enfermería y otros profesionales del campo de la salud. Los temas tratados en estas jornadas fueron: "*1) Necesidades básicas comunes a todos los pacientes; 2) Asistencia de enfermería de pacientes en*

oncología; 3) Asistencia de enfermería en geriatría; 4) Asistencia de enfermería a la madre y el niño; 5) Asistencia de enfermería a pacientes renales; 6) Panel foro multidisciplinario sobre atención integral de pacientes neuroquirúrgicos".[86]

10) A fin de preparar la puesta en marcha del CTI (el del Hospital era uno de los seis que integraban un proyecto de OPS/OMS para disponer de recursos formados para este tipo de atención), en 1970 el Dr. Villar integró un grupo de trabajo con las enfermeras Dora Ibarburu, Erica Fischer y Altamira Rodríguez y se crea entonces un Comité Asesor con dichas enfermeras más Mirtha Mut, María Rosa Parentini como enfermera docente, Mirtha Delfino, Mabel Astoviza de Cardiología, Nélida Larrea de Recuperación y María Ramona Recarte como delegada de las enfermeras del CTI. Es interesante destacar que cuando se realizó el primer curso para enfermeras ese mismo año se hizo la práctica correspondiente con los pacientes operados por el cirujano cardiológico Dr. Euryclides do Jesús Zerbini, proveniente de São Paulo, Brasil. Este primer curso dio lugar a la elaboración de normas para la atención en el CTI así como la preparación de materiales didácticos que se utilizaron en cursos sucesivos. Algunas mutualistas que habían tenido becarios en los cursos del Hospital de Clínicas replicaron la experiencia en sus instituciones. El núcleo de Enfermería del CTI sirvió desde entonces como semillero formativo de enfermeras capacitadas en medicina intensiva (Fig. 14).

11) En 1970 se realizan trabajos tendientes a mejorar el servicio de Enfermería correspondiente al Centro Latinoamericano de Perinatología.

12) Durante la actuación de Dora Ibarburu, ella era llevada por su actitud científica, a buscar solución a los problemas mediante estudios diversos, según la



Figura 14.- Personal de enfermería del CTI en reunión de camaradería. (AFHC).

complejidad de los mismos. A modo de ejemplo mencionamos el estudio sobre el ausentismo del personal de enfermería a su cargo, según el cual el ausentismo que venía aumentando entre los años 1963 y 1969, en 1970 descendió un 20%. Sin duda los logros de este Depto. tienen muchísimo que ver con la dirección que del mismo ejerciera Dora Ibarburu desde 1962 a 1972, período en el cual siguió ejerciendo su labor docente en el curso para graduados sobre Administración en la EUE y naturalmente en los Cursos de Administración Hospitalaria cada vez que se organizaron dentro del Hospital.[87]

13) Durante el devenir del Departamento de Enfermería se fue tomando conciencia de desarrollar el servicio cumpliendo las funciones de asistencia, docencia e investigación entrelazadamente. En menor proporción el Departamento cumplió funciones de extensión.[88]

Después de 1972 Dora Ibarburu concurrió a Perú, como Asesora encomendada por la OPS/OMS. Continuó como Asesora hasta 1980, transitando por Argentina, Perú y Ecuador, ejerciendo esta función en su calidad de exiliada política y manteniendo una actitud solidaria con otras exiliadas.

Cuando en 1972 dejó su cargo Dora Ibarburu, se otorgó a Mirtha Mut Mandressi, que usufructuaba el cargo de Asistente Jefe, la subrogación de funciones como Jefe del Departamento de Enfermería. Mirtha Mut, integrante de la primera graduación de la EUE, había tenido su experiencia como Consultora para Servicios a través de la OPS/OMS, en 1965-66, en República Dominicana. También había ejercido la docencia en la Universidad Católica de dicho país, en el período 1970-71. La enseñanza que entonces realizó fue en Enfermería Médico Quirúrgica. Luego de estar en la Jefatura del Depto. fue destituida por la dictadura cívico-militar y se mantuvo unos años exiliada en Suiza.[89]

A manera de resumen, las principales causas de la creación de los dos niveles de preparación de la fuerza de trabajo en Enfermería en la órbita de la Universidad fueron las siguientes:

1) La necesidad sentida por la clase médica de contar con colaboradores capaces de ayudar eficientemente en su quehacer de acuerdo a los avances científico-tecnológicos que tenían lugar a nivel nacional e internacional.

2) La necesidad sentida por egresadas de la Escuela "Dr. Carlos Nery" de mejorar la formación que se les daba hacia finales de la década del 30 y durante la década del 40.

3) La vigorosa acción del Dr. Mario Cassinoni de promoción de cursos y escuelas dentro de la Facultad de Medicina.

4) La fuerte influencia de Estados Unidos desplegada a través de diversos organismos, tales como: el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, la Fundación Kellogg y la Fundación Rockefeller.

5) Pero la causa principal, catalizadora de las anteriores, fue la necesidad de contar con personal de enfermería – profesional y auxiliar – preparado para la puesta en marcha del Hospital de Clínicas y para los Centros de Salud. Asimismo, es posible afirmar que la formación universitaria de la enfermera, una vez funcionando éstas dentro del Hospital de Clínicas, fue un factor esencial en la consecución de los logros del mismo. Este llegó a ser viable, en gran parte, gracias a la organización del Departamento de Enfermería.

Publicaciones del Departamento de Enfermería*

Mencionaremos, a modo de ilustración, algunas de las publicaciones realizadas por el Departamento de Enfermería del Hospital de Clínicas, que permiten apreciar su producción intelectual que sirvió no sólo para guiar la organización del trabajo en el propio hospital, sino como ejemplo para otras instituciones de salud del país.

1) Preparación higiénica de la Unidad. Octubre 1962.

2) Manual: El Departamento de Enfermería por la noche. Trabajo elaborado por las nurses G. Abreu, Julia Galemire, E. García de Huino, Dora Ibarburu, Ma. C. López y Ma. J. Pepe de Oronoz. Diciembre 1962.

3) Ejercicios abdominales. Clínica Ginecotocológica.

4) Baño en cama con cambio parcial de ropa. Octubre 1962.

5) Recomendaciones para la madre que se va de alta. Clínica Ginecotocológica. Marzo 1963.

6) Manual sobre procedimientos administrativos. Colaboraron las nurses M. Bascou, Julia Galemire, M. Muñiz, Mirtha Mut, P. Serrat, G. Vázquez, Noemí Villamayor y los administrativos Mireya D'Abbisogno y Yolanda Sosa. Enero 1963.

7) Programa de orientación para auxiliares de enfermería que ingresan como funcionarios del Hospital.

8) Programa de orientación para enfermeras profesionales que ingresan al Hospital.

9) Curso de Oftalmología. Mayo 1963.

10) Colirios oftálmicos. Abril 1963.

11) Habilitación de Sala de Cardiología. Enfermeras Mabel Astoviza, Alba Luccini de Raimunde, Mirtha Mut y Altamira Rodríguez.

12) Tratamiento de la insuficiencia renal aguda por el hemodializador conocido como riñón artificial. Enfermera Juana Bequio. Mayo 1964.

13) Manual de procedimientos de exámenes auxiliares de diagnóstico. Colaboraron las nurses Juana Bequio, Teresa Coelho, Julia Galemire, Alba

* Información obtenida del FDAN.

Luccini, Arnolda Martínez, Marta Nieto, Elsa Obenauer, Alba Oddini, Nadina Pérez, Laura Silveira, Yolanda Gambera, Jefe de Sección Química Dr. Heriberto Delfino, Técnica de Laboratorio Yolanda Vignale, administrativa Yolanda Sosa. Setiembre 1964.

14) La enfermera y la admisión de pacientes en Servicio de Emergencia. Nurse Ema Magnani. Octubre 1964.

15) Planificación de enseñanza a la embarazada en consulta externa. Colaboraron las nurses María S. Benítez, Julia Galemire, Altamira Rodríguez, dietista Zulma Fiallo, administrativas Mireya D'Abbisogno, Yolanda Sosa, ilustraciones por Violeta Cruz. Julio 1965.

16) Informe de las primeras Jornadas de Administración de Servicios de Enfermería. Organizadas en Montevideo del 27 de junio al 1 de julio de 1966 por la Asociación Uruguaya de Administradores de Hospitales (AUAH), con el auspicio de la Asociación de Nurses del Uruguay. El Comité de Enfermería de la AUAH estaba integrado por los enfermeros universitarios Juana Bequio, Alma Carrasco, Miriam César, Paul de los Santos, Mary Farro, Julia Galemire, Enélida Geymonat, Ma. Julia González, Dora Ibarburu, Noemí Lois, Isabel Lucas-Calcraft, Ema Magnani, Justa Mendieta, Blanca Modernell, Derna Proto y Dominga Urtiaga. Publicación de 16 páginas, 1966.

17) Administración de personal. Publicación que abarca el período 1963-1967. La misma contiene capítulos sobre: Selección, Educación Continua, Comité de Educación, Orientación, Programa de orientación para enfermeras profesionales que ingresan al Hospital; Programa de Orientación para Auxiliares de Enfermería que ingresan como funcionarios del Hospital; Educación formal; Evaluación; Programa de Evaluación de Personal; Reglamento de Becas para Enfermeras Profesionales; Reglamento de Becas para Auxiliares de Enfermería.

18) Centro Quirúrgico. Investigación sobre procedimiento de desinfección de sala séptica. Trabajo realizado por las Enfermeras: Elina Casco, Donna Ilieff de Caballero, Gladys Morse de Verges, Mirtha Mut y Marta Römer de González (participación en la 1ª. Etapa). Enero 1967.

19) Estudio de necesidades del paciente que concurre al Departamento de Emergencia. Nurse Mirtha Delfino de Dede. Agosto 1967.

20) Problemas médico legales en el ejercicio de la Enfermería. Dr. Guaymirán Ríos Bruno. Octubre 1967.

21) Estudio de posibles causas de infecciones en cirugía cardiovascular. Nurses María Acerenza, Gladys Morse, Margarita Olivera; colaboraron Nurse Dora Ibarburu y Mirtha Mut. 1968.

22) Estudio de actividad detenida en las salas de operaciones. Nurses Gladys Morse, Dora Ibarburu y Mirtha Mut. Colaboraron en la recolección de datos las Enfermeras: María Angélica Acerenza, Donna Ilieff, y la Auxiliar de Enfermería María Zampedri. 1968.

23) El Departamento de Enfermería en un hospital moderno. Dora Ibarburu, diciembre 1968.

24) Jornadas de Asistencia de Enfermería del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" Del 27 al 31 de octubre de 1969. Incluye las siguientes ponencias:

25) Necesidades básicas comunes a todos los pacientes. Enfermeras universitarias Alma Carrasco y María Trujillo. Subtema: Aplicación de una técnica de orientación en el cuidado de pacientes. Aspectos psicológicos de la tarea de enfermería; fundamentos y dificultades. Informe de la experiencia de trabajo con grupos de pacientes con fines de orientación.

26) Conceptos a tener en cuenta en el cuidado de enfermería de pacientes oncológicos. Nurses Ana María Bustos, Teresa Coelho, Teresa Chocho, Élida D'Andrea, Luz Guillén, Donna Ilieff, María Josefa Quiroga, Ana C. Passeggi, Delfina Rodríguez y María del C. Velásquez.

27) Enfermería en la atención del anciano. Nurses Hilaria Amarillo, Elsa García Ayala, Ana Levitcharsky, Gladys M. Picción, Marta Römer.

28) Cuidados de enfermería en pacientes renales. Nurses Juana Bequio, Laura Hernández, Clelia Radesca y Altamira Rodríguez.

29) Administración de la Unidad de Enfermería. Elaborado por el Comité de Enfermería de la AUAH, integrado por Dora Ibarburu, Ema Magnani, Erica Fischer, Mary Farro, Mirtha Mut, Blanca Modernell, Isabel Lucas-Calcraft, Mirtha Delfino y Paul de los Santos. Publicación de la AUAH, diciembre 1969, 38 páginas.

30) Estudio de ausentismo en el personal de enfermería del Hospital de Clínicas. Dora Ibarburu, Aron Nowinski, Juan C. Anselmi (Asistente del Centro de Computación de la UDELAR), 1970.

31) El paciente cardiovascular. Manual de procedimientos de Enfermería en Salas de Operaciones. Trabajo realizado por: Dr. José Luis Filgueira; Enf. Univ. Lilia Sande de Massari, Auxiliares de Enfermería: Ilda González y Anita Montaño, con la colaboración de las Aux. de Enfermería Sonia Bonilla e Isabel Guevara, 1973.

Datos biográficos de Dora Ibarburu

Dora María Ibarburu Irazusta (Fig. 15) es la figura emblemática de la Enfermería uruguaya.

Nació en Salto el 27 de abril de 1918, en la calle Larrañaga Nº 67 de aquella ciudad. Fueron sus padres Joaquín María Ibarburu y Simona Irazusta.

Entre los años 1931 y 1935 cursó sus estudios en la Sección Femenina y allí realizó también los Preparatorios de Medicina entre 1936 y 1938; asimismo cursó Anatomía y Fisiología en la Facultad de Medicina. Ingresó a la Escuela de

Nurses "Dr. Carlos Nery" el 4 de marzo de 1940, donde, después de haber terminado el Curso de Prueba de tres meses, fue incorporada a las planillas de sueldos, según comunicación del 14 de junio del mismo año.[90] Sus condiciones de líder natural y su nivel de conocimientos le llevaron a ser admirada y respetada por el estudiantado, sumado a que la cultura institucional imperante llevaba a que las estudiantes de los años inferiores debían responder a las directivas de las de años superiores. Resultó elegida como abanderada por haber obtenido la calificación más alta en los exámenes de su curso y por su brillante actuación; realizó los cursos de primero, segundo y tercer años obteniendo en los exámenes la nota de sobresaliente con mención y felicitaciones y se graduó el 5 de diciembre de 1942 .[91]



Figura 15.- Dora Ibarburu, en 1986, entonces Directora Asistente del Hospital de Clínicas. (AFHC).

Inició las actividades profesionales en el Dispensario Antituberculoso de Colón.[92] Debido a su destacada actuación recibió una beca de la Fundación Rockefeller para continuar su formación en la Universidad de Toronto, Canadá. Allí realizó cursos en Salud Pública, Educación y Administración de Escuelas y Psiquiatría, entre julio de 1944 y junio de 1946.

Entre 1946 y 1950 actuó como Nurse Supervisora del Centro de Salud de Treinta y Tres. En este período tuvo dos experiencias importantes: en 1947, durante tres meses, hizo un estudio del funcionamiento de las Escuelas de Enfermería de Chile, y en 1949 concurrió al Congreso Regional de Enfermería que se celebró en Lima, como delegada del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP).

Fue fundadora de la Escuela Universitaria de Enfermería y su Directora hasta el 16 de julio de 1962. Fue miembro activo para la creación de la Institución ya que el 8 de agosto de 1947, de acuerdo a la responsabilidad que le había asignado el SCISP, junto con Rosina Romero, Directora de la Sección Nurses, confeccionaron los presupuestos y materiales necesarios, los que fueron enviados al Dr. Jackson Davies, Director de dicho Servicio.[93] El 21 y el 30 de marzo de

1950, cuando en el Consejo Directivo de la Facultad de Medicina se propuso su nombramiento para la dirección, se destacó la importancia fundamental de una institución que impartirá enseñanza en el sistema de internado, y por lo tanto debe estar dirigida por personas de absoluta solvencia técnica e insospechadas condiciones morales. También se hizo referencia a "*su energía y carácter así como su ágil inteligencia que le permite captar rápidamente los problemas*". [94] Durante su dirección en la EUE, asignó primordial importancia a la preparación del cuerpo docente, lo cual se puso en evidencia cuando a los seis años de vida de la Escuela el 80% de las enfermeras docentes tenían cursos pos básicos en universidades de Estados Unidos, Canadá, México y cursos de Educación en Servicio sobre temas específicos de enfermería y en aspectos pedagógicos, a cargo de destacados pedagogos del país. Fomentó y contribuyó a mantener un clima universitario en la Escuela y a la integración de ésta al demos universitario. Sin duda esto contribuyó a que en noviembre de 1954 la Asociación de Estudiantes de la EUE se integrara a la Federación de Estudiantes Universitarios del Uruguay (FEUU) y que la Asociación de Docentes (ADEUE) fuera una de las cuatro asociaciones fundadoras de la Federación de Docentes de la Universidad.

Dora Ibarburu tuvo un nuevo período de estudios como becaria de la Fundación Rockefeller desde junio de 1955 hasta junio de 1956 para tomar cursos en la Universidad de Vanderbilt y en la Universidad de Wayne de los EEUU. Entonces incrementó su preparación en Administración de Escuelas, Psicología del Aprendizaje y Filosofía de la Educación.

A partir de julio de 1962, acorde con los resultados del concurso, asumió el cargo de Jefe del Departamento de Enfermería del Hospital de Clínicas y se mantuvo en el mismo hasta 1974. Allí promovió la formulación de la doctrina del servicio, hecho que se produce por primera vez en nuestro país; llevó a cabo diversos cambios de organización, estructura y funcionamiento, que mejoraron la eficacia y eficiencia del personal y de los recursos materiales.[95] Para sustentar tales cambios hizo diversos estudios cuyos resultados mejoraron la calidad de los cuidados. "*Logró que este Departamento se colocara no sólo en un alto nivel de eficacia dentro de nuestro país, donde sin duda era el Departamento más calificado, sino que podemos decir que (…) logró que fuera de los mejores de América Latina, sin duda alguna, y un punto de referencia para los Departamentos de Enfermería del continente (…); toda esta actividad le valió transformarse en uno de los dirigentes más importantes de nuestro país y de América Latina en este campo de la Enfermería*".[96]

Asimismo continuó su labor docente en el ámbito de su responsabilidad y en la EUE, participando en los cursos para graduados y en los de Administración Hospitalaria, cada vez que se organizaron dentro del Hospital. En octubre de 1969 concurrió, en calidad de docente a la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica en Mar del Plata.

En 1965 la Organización Mundial de la Salud la designó para integrar el "Cuerpo de Expertos en Servicios de Enfermería" de dicha organización. Lo cual fue un timbre de honor para la Enfermería Nacional, para el país y para el Hospital de Clínicas.

Su trabajo como Consultora de la Organización Panamericana de la Salud, se inició en Argentina; en 1972 actuó durante 10 meses en Piura, Perú y entre los años 1974 y 1978 fue Consultora de enfermería en Ecuador. Finalizó su actuación como Consultora en Argentina en 1979 y 1980.

En Ecuador, se destacaron[97] en su actuación dos líneas de trabajo: el apoyo a las Escuelas de Enfermería del país, dependientes de la Facultad de Medicina y el fortalecimiento de los Departamentos de Enfermería a través del establecimiento de la estructura y organización, a los que concurría con integrantes del Departamento Central de Enfermería.

A su regreso a Uruguay asesoró a un grupo de enfermeras para la elaboración de "Estándares de Enfermería en Cirugía Cardíaca". El 20 de abril de 1985 se resolvió reincorporarla al cargo de Directora del Departamento de Enfermería, pero se le asignaron funciones como Directora Asistente del Hospital de Clínicas. Al llamado a concurso para este cargo se presentaron cuatro aspirantes y se designó a Dora quien lo desempeñó desde 1985 a 1987. Después que cesó, por límite de edad, trabajó honorariamente en la Coordinación de los Programas de Educación Continua y Educación para la Salud que llevaba a cargo dicho Hospital.

En 1987 la Facultad de Medicina le confirió el título de Profesora Emérita, siendo esta la primera vez que se otorgó esta distinción a un profesional no médico. Dicho título le fue entregado en un acto realizado en Facultad de Medicina el 2 de mayo de 1988, con la participación del Rector Ing. Quím. Jorge Brovetto; el decano Prof. Dr. Pablo V. Carlevaro; integrantes de los tres órdenes de la Facultad; la directora de la EUE Lic. Soledad Sánchez; la presidente del Consejo Internacional de Enfermeras magíster Nelly Garzón; y la presidente de la Asociación de Nurses del Uruguay, Lic. Delia Rivoir de Charbonnier. El acto finalizó con las palabras de Dora.

Sus rasgos más característicos, aquellos que dejaron su memoria en quienes le conocieron, tienen que ver con su acendrada actitud de solidaridad y de defensa de los derechos humanos, su carácter de emprendedora talentosa, autodidacta y autogestionaria, que logró que los demás asumieran como propias sus ideas.

Se evidenció siempre en ella el espíritu de lucha y creatividad, impregnados de una fuerte actitud de respeto hacia los demás. Fue una trabajadora incansable que se exigía y exigía a los demás y con su entusiasmo estimulaba a seguir trabajando junto a ella. Estudiosa, muy disciplinada, perseverante, ágil y firme en la toma de decisiones, demostraba saber lo que quería alcanzar.

Supo disfrutar del teatro y de los viajes en compañía de sus amigos, tanto por Europa como por países de América Latina donde visitaba museos, templos y palacios imperiales, entre otras cosas. Asimismo, también disfrutaba intensamente de la literatura de autores nacionales y extranjeros.

Es de destacar su apoyo a los exiliados. Apenas llegaban uruguayos, ella y su madre, los hospedaban en su casa y ofrecía todo tipo de colaboración. Bastaba que una enfermera hiciera saber que había sido su alumna o que había trabajado con ella, para que eso oficiara de carta de presentación y obtener rápidamente un trabajo.

A su muerte, acaecida el 19 de noviembre de 1992, se depositaron sus restos en el Cementerio del Norte donde serían cremados. Diversas personas expresaron sus sentimientos pública y espontáneamente.

En 1993, la Fundación que llevaba su nombre, obtuvo la colocación de una estela como recordatorio de la eximia personalidad de Dora María Ibarburu Irazusta, en el cantero central de avenida Italia, ubicado entre la confluencia de las avenidas Centenario y Américo Ricaldoni y las calles Pedro Escuder Núñez y Las Heras.

El 3 de mayo del año 2000, el Instituto de Enfermería asimilado a Facultad le otorgó el título de Profesora Honoris Causa. El mismo fue entregado a su entrañable amiga, la Sra. Emilia Carmen Figares de Cabrera, en el acto celebrado en el Paraninfo de la Universidad el 8 de mayo. Hicieron uso de la palabra el Br. Milton Sbárbaro, la Lic. María Esther Elhordoy, la Prof. Lic. Silvia Meliá, la directora general del INDE Prof. Lic. Haydée Ballesteros y el Rector de la Universidad de la República Ing. Rafael Guarga.

CAPÍTULO XXIII

NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

Formación de personal (1945 – 1973)
El Departamento de Alimentación del Hospital de Clínicas

Formación de personal (1945-1973)

La formación de dietistas en nuestro país comenzó con posterioridad a los cursos que existían en Argentina desde 1933 donde por iniciativa del Dr. Pedro Escudero se había creado la Escuela Nacional de Dietistas de Buenos Aires. La idea se extendió por América Latina. Los cursos se iniciaron aquí en 1945 dentro de la Clínica de Nutrición y Digestivo del Prof. Dr. Benigno Varela Fuentes a impulsos del Dr. Alberto Munilla.

Las clases teórico prácticas se dictaban en los Hospitales Maciel y Pereira Rossell y en la Facultad de Medicina (Instituto de Medicina Experimental). Los recursos eran limitados y los docentes honorarios.[98] El curso tenía una duración de dos años. Desde el comienzo abarcó aspectos relativos a la alimentación y nutrición de personas sanas y enfermas atendidas de manera individual y en grupos. Integró la Sección Auxiliares del Médico, denominada luego Escuela de Colaboradores del Médico.

El Consejo Directivo de la Facultad de Medicina en 1948 consideró prematuro conceder un título de médico dietista y que la Escuela debía seguir actuando para preparar auxiliares del médico.[99] Reconocía que en ese momento faltaban, para completar esos cursos, una serie de enseñanza de orden práctico que no podían ser dadas en Montevideo por carencias de materiales y locales.

Habiendo surgido la posibilidad de que esos cursos pudieran completarse en el Instituto de Nutrición de Buenos Aires que dirigía el Prof. Escudero, se convino que los cursos prácticos realizados en ese Instituto fueran equivalentes a cursos realizados en Montevideo, a fin de poder otorgar a esas personas el diploma de dietistas.[100] De acuerdo a la información recIbída de la Secretaría de Salud Pública de la República Argentina, el Instituto Nacional de Nutrición de Argentina aceptaría el envío de 6 estudiantes para hacer las prácticas por cursos semestrales. Los gastos de permanencia, dado que es un Internado, serían por cuenta del Instituto de Nutrición. Correrían por cuenta de la Facultad los gastos de viaje. Se comunicaba, además, que el Hogar de la Escuela de Dietistas estaba en condiciones de ofrecer alojamiento a una serie de 24 estudiantes que habrían de recibir en grupos de 6.[101]

Por otra parte, resulta interesante observar que en la Clínica de Nutrición y Digestivo del Prof. Benigno Varela Fuentes se propusiera dentro del personal honorario a las siguientes personas: Dr. Pascual Rubino (Nutrición), Dr. Ricardo Bastos Peltzer (Dietología), Dr. Alberto Munilla (Dietología), Dr. Ricardo Enciso (Dietología), Dr. Julio Barros Mendía (Dietología),"[102] poniendo de manifiesto el prioritario interés de la Cátedra por la enseñanza de la Dietética.

Hubo confusiones durante 1949 respecto a si se había creado la "Escuela de Dietistas" según un planteamiento que formuló la Comisión de Enseñanza de la Facultad de Medicina. El catedrático de la Clínica de Nutrición y Digestivo y el Dr. Munilla estaban convencidos de su creación. Pero se tenía claro que por el momento no se estaba en condiciones de otorgar el título de Dietista. Se encargó entonces a la Comisión de Enseñanza que formulara un proyecto de creación y reglamentación de una Escuela de Dietistas.[103] Existía además un ofrecimiento de ayuda económica del Prof. Dr. B. Varela Fuentes para la creación de dicha Escuela.[104]

En este año se aprobó el fallo del Tribunal y se resolvió adjudicar becas para ocupar 3 plazas en el Hogar de la Escuela Nacional de Dietistas de Buenos Aires a las personas Olga Fraga, quien ya era nurse, Hilda Bermúdez y Celia Nerone.[105]

En 1950 se reconoció que habían egresado de la Escuela de Colaboradores un plantel de Dietistas altamente eficientes con actuación dentro y fuera del país y se propuso la creación de los siguientes cargos: Director Técnico: Dr. Alberto Munilla; Jefes de Trabajos Prácticos: en Técnica y Cocina Dietética: Dietista Olda Gutiérrez. En Alimentos: Dietista Leda Calvo. En Dietoterapia: Dietista Zulma Fiallo. En Alimentación del hombre sano: Dietista María Laura Martínez Visca. En Economía Dietética: Dietista Lérida Suárez. Es decir que el equipo docente para la formación de dietistas estuvo integrado por un médico (que estaba desde antes) y cinco dietistas. Se destacó la alta eficiencia y dedicación de las dietistas egresadas de los cursos anteriores en su actual desempeño en la cocina dietética instalada provisoriamente en el Hospital Maciel.[106]



Figura 16.- Grupo de egresadas de la Escuela de Dietistas junto al Director Alberto Munilla a mediados de la década del sesenta. (Gentileza Nta. René Klemens de Morillo).

Podemos observar a través de estas resoluciones del CDFM que los cursos de Dietistas continuaban perteneciendo a la Escuela de Auxiliares del Médico. Sin embargo las clases teórico prácticas se dictaban en los Hospitales Maciel y Pereira Rossell, donde ejercían la Gastroenterología los docentes del curso y en la Facultad de Medicina. La Escuela de Dietistas, era una realidad por más que formalmente consistiera de cursos autónomos comprendidos dentro de la Escuela de Auxiliares del Médico. Durante el período 1950-52 egresaron 35 dietistas.[107]

Luego de inaugurado el Hospital de Clínicas en 1953, a propuesta de los doctores Varela Fuentes y Eugenio Fulquet, los cursos se trasladaron nuevamente a la Escuela de Colaboradores del Médico, o sea al Hospital de Clínicas. Recién el 13 de julio de 1956 los cursos de Dietista se transformaron en Escuela de Dietistas con la dirección del Dr. Alberto Munilla, aunque por las carencias de recursos la Sección Bedelía se mantuvo en la Escuela de Colaboradores del Médico durante cierto tiempo (Fig. 16). De las cinco docentes dietistas, cuatro también eran dietistas del Hospital de Clínicas (Fig. 17) y la otra del Hospital Pedro Visca. A partir de 1965, luego de la renuncia del Dr. A. Munilla, pasaron a ocupar la dirección en forma interina el Dr. Eugenio Fulquet (dic. 1965 a julio 67), el Dr. Ricardo Enciso (julio 1967 – nov. 68) y el Dr. Cándido Muñoz Monteavaro (nov. 1968 – agosto 1969). Esta situación dio gran inestabilidad a



Figura 17.- Alumnas de la Escuela de Dietistas con la Instructora Leda Calvo. (Gentileza Nta. René Klemens de Morillo).

la institución y provocó movilizaciones de la Asociación de Dietistas del Uruguay (ADU) y del orden estudiantil de la Escuela, motivando la renuncia del último director. Frente a este hecho el Consejo Directivo de la Facultad, durante el decanato del Dr. Hermógenes Álvarez, volvió a transformar la Escuela de Dietistas en cursos dictados por la Escuela de Colaboradores del Médico. Las nuevas movilizaciones gremiales consiguieron mantener a la Escuela de Dietistas como tal y se designó como directora a la Dietista Delia Zabala.[108]

Comienza a partir de entonces un período de estabilidad institucional que permitió avanzar en su desarrollo. El 27 de octubre de 1968 el Consejo Directivo Central aprobó la Ordenanza de la Escuela de Nutrición y Dietética (ENYD) y a partir del 24 de abril de 1973 se dio comienzo a un plan de estudios de 4 años de duración.

El Departamento de Alimentación del Hospital de Clínicas

Entre los primeros contratos realizados por la Comisión del Hospital de Clínicas a partir de la entrega del Hospital a la Universidad, figuran los de las dietistas Leda Calvo y María Laura Martínez Visca como asesoras en lo relativo al servicio de alimentación.*

El Reglamento del Departamento de Alimentación aprobado en 1951 determinó que le correspondía "*el estudio y resolución de todos los problemas relacionados con la alimentación de la población hospitalaria, constituida por los*

* Ver Tercera Parte, Capítulo VIII.

enfermos internados y los funcionarios del Hospital." Asimismo *"que constará de las siguientes secciones: Secretaría Técnica, Cocina General Dietética, Servicios de Salas, Cafetería para funcionarios.*" [109] Por ser un organismo técnico-administrativo integraba la División Técnica y estaba subordinado al jefe de División. Dentro de las competencias del Departamento, interesa destacar, fuera de las relativas a las variadas dietas normales y terapéuticas, las de:

1) Establecer las necesidades del Hospital en locales, instalaciones, personal, víveres, maquinarias, vajilla y mantelería.

2) Colaborar en la realización del entrenamiento del personal. Realizar investigaciones que permitan un mejor cumplimiento de las finalidades del Departamento.

3) Asesorar a la Dirección en las adquisiciones y contratación de materiales y personal.

Este Departamento estaría integrado por un Jefe que debía ser médico, Asistentes que serían dietistas, Supervisoras, también dietistas, y Dietistas. Los cargos de dietistas se proveerían por llamado a méritos y eventualmente concurso de pruebas, los restantes se llenarían por llamado a aspirantes. Alberto Munilla Arboleya fue designado Jefe del Departamento de Alimentación el 1º de mayo de 1953.[110] Ingresaron a los cargos de dietistas, luego de concurso de méritos y pruebas, Elfrides Gianello Puig, Genovaite Pagaraukas, Dora Yamgochian, Lérida Suárez e Hilda Bermúdez".[111] Al año siguiente fue designada Asistente del Departamento de Alimentación María Laura Martínez Visca, y ascendieron a Supervisoras las dietistas Lérida Suárez Rey[112] e Hilda Bermúdez (Fig. 18).[113] También en esta oportunidad se planteó la necesidad de tomar Peones 2º para atender el servicio de colación de estudiantes que asisten al Hospital, para lo cual se destinarían 2 de los 10 con que contaba el Depto. de Enfermería.[114] Si bien ellos dependían de la Intendencia, mientras persistiera su pasaje en comisión dependerían desde el punto de vista funcional de la jefa del Depto. correspondiente.[115]

Próximo al final de 1954 Alberto Munilla planteó que frente a los nuevos planes de Habilitación necesitaba más dietistas y que consideraba indispensable contar con carros-termos, carros porta bandejas y carros para comidas frías.

Un tema tratado reiteradamente en la Comisión Directiva del Hospital fue el relativo a comidas del personal de guardia, funcionarios y visitantes así como el costo de los tickets de alimentación. Recién en 1956 se aclaró un aspecto: "*Los integrantes de las guardias a los efectos de preparación adecuadas en el Servicio de Comedor, (…) serían los dos médicos y los cuatro practicantes internos*".[116]

En 1956 Munilla planteó que sólo contaba con 13 dietistas en el Dpto. por lo cual no podía tener una cada 100 camas, dado que también necesitaba supervisoras en cocina y para los diferentes servicios dados por el Dpto. de Alimentación.



Figura 18.- Algunas de las primeras dietistas del Hospital de Clínicas. Hilda Bermúdez, Leda Calvo, María Laura Martínez Visca, Zulma Fiallo y Lérida Suárez. (AFHC).

Alberto Munilla cesó en sus funciones como Jefe del Dpto. el 6 de julio de 1961. Asumió dichas funciones la Dietista María Laura Martínez Visca luego de aprobarse el cambio de denominación del cargo de Jefe del Departamento de Alimentación: pasó a ser dietista en lugar de médico".[117]

La nutrición había venido jerarquizándose cada día más en la promoción de la salud de las personas, en la prevención de enfermedades y en particular se había incrementado su significación en la atención de pacientes con ciertas patologías específicas tales como alteraciones digestivas, insuficiencia renal crónica, diferentes tipos de enfermedades oncológicas, pacientes en situaciones críticas, etc. Todo esto había llevado al uso de alimentos ricos en proteínas o a fórmulas dietoterápicas especiales. Creció la importancia del papel de la nutricionista en equipos interdisciplinarios, intra y extrahospitalarios.

Era excelente la calidad de los equipos y materiales con que contaba el Hospital en 1960.[118] Se trataba de equipos y materiales fundamentalmente de acero inoxidable de origen sueco, como los cubiertos y las charolas o bandejas compartimentalizadas para el servicio de comidas. Disponían de pureteras mecánicas; licuadoras; descremadoras de leche para quienes correspondiera lecha descremada y para hacer crema doble para postres; balanza para pesar alimentos; máquina para elaboración de helados; carros-termo, etc. El equipamiento de la cocina era también muy bueno el cual entre otras cosas incluía marmitas de calor seco; marmitas a vapor en la sección lácteos para el café, té y leche; y planchas para churrascos. Asimismo existía gran disponibilidad de los diversos tipos de alimentos de muy buena calidad: carnes rojas, pescado, pollo, jamón, queso,

varios productos de chacinería; enlatados de frutas y verduras (arvejas, duraznos, y peras en almíbar, mermeladas, etc.). Esto permitía realizar las dietas adecuadamente según lo indicado a cada paciente. La población hospitalaria tenía cierto rechazo a las preparaciones con pescado, lo cual determinaba necesidades de educación dirigidas al enfermo y su familiar o acompañante.

Se disponía de un Manual de Dietas, que incluía 18 tipos diferentes según las patologías más frecuentes que se atendían en el Hospital, y de un Recetario de Cocina. Respecto al sistema de planillados digamos que existían las planillas de:

Distribución de comidas por unidades de hospitalización.
Preparación de alimentos en la Cocina.
Abastecimiento diario de alimentos.
Solicitud de Compras.
Preparaciones especiales para pasar por sonda.
Plan de menúes.

En lo que al personal se refiere se disponía de: una dietista por unidad de hospitalización en el turno de la mañana y otra por la tarde, así se cubrían las 4 comidas y si la "contra-visita médica" indicaba cambios podían ejecutarse; existían dos tisaneros por cada unidad de hospitalización. Las nutricionistas realizaban una fuerte coordinación con la asistente social de cada piso a fin de conocer la necesidad de dieta para los acompañantes, lo cual implicaba saber si les correspondía dieta normal o especial.

En esta época hacían educación de pacientes a nivel individual y/o familiar en la Policlínica de Alimentación.

Entre las actividades docentes se destaca el curso organizado por el Hospital y OPS en 1970 sobre "Educación en Servicio para Dietistas". (Fig. 19.)

De1970 a 1988 ejerció la jefatura del Departamento de Alimentación la Nutricionista Elfrides Gianello Puig.* Una de sus preocupaciones iniciales, con el propósito de mejorar el servicio, fue cumplir la estructura de organización, la determinación de funciones de las diferentes unidades de organización y la confección de manuales de normas técnicas y administrativas. Desde el punto de vista operativo el planillado para la Cocina cambió durante la jefatura de Gianello.

Algunos aspectos definían con precisión la forma en que el Dpto. realizaba sus funciones. En primer lugar se debe señalar la dedicación, la pasión y la mística del trabajo que permanentemente mostraba el personal. En segundo lugar, el entusiasmo y dedicación particular sobre todo de las dietistas y nutricionistas respecto de las diferentes actividades de educación e investigación,

* Efrides Gianello realizó cursos posbásicos en la Universidad de Boston sobre Nutrición y Dietética. Participó en experiencias prácticas en Filadelfia, en Venezuela y en la Universidad de Puerto Rico sobre Organización y Administración.



Figura 19.- Curso de Educación en Servicio para Dietistas, organizado por el Hospital de Clínicas y OPS/OMS en 1970. De izq. a der., sentadas: María Laura Martínez Visca, Zulma Fiallo, 4 becarias extranjeras, Irma Guillén; de pie: secretario del curso, Dora Yamgochian, Hilda Bermúdez, Leda Calvo, Genoveva Pagarauskas, Aron Nowinski, Hugo Villar, Doris Pereira, Elfrides Gianello, Aída Ambrosoni, Hannabella Awin, Sonia Dentone, María Gallo.

que sin duda estaban siempre orientadas a mejorar la calidad de la atención a la salud-enfermedad de los diferentes usuarios y trabajadores del Dpto. Su entusiasmo y dedicación llenaban muchas veces la falta de personal para lo mucho que deseaban realizar.

También interesa resaltar especialmente la importancia de dos hechos: la dependencia tanto de la Escuela de Dietistas como del Departamento de Alimentación de las autoridades de la Facultad de Medicina, y la coincidencia inicial en una misma persona, el médico Alberto Munilla, de la dirección de las dos instituciones. Estos hechos resultaron recíprocamente beneficiosos para ambas partes: las estudiantes colaboraban en la atención de los pacientes y el Hospital brindaba facilidades de aprendizaje a través de los contactos interdisciplinarios. Luego del retiro de Munilla, ambas instituciones pasaron a ser dirigidas por dietistas: Delia Zabala y María Laura Martínez Visca respectivamente, sin perder el vínculo hospitalario.

CAPÍTULO XXIV

SERVICIO SOCIAL

Los orígenes del trabajo social
El Departamento de Servicio Social del Hospital de Clínicas

Los orígenes del trabajo social

El Trabajo Social en nuestro país se inició como actividades de beneficencia que estuvieron a cargo de mujeres, diferentes grupos de damas de la clase alta, que desde fines del siglo XVIII comenzaron a integrar sociedades filantrópicas. En México, Lima y Buenos Aires esto ocurrió aproximadamente un siglo antes. La Cofradía de San José y Caridad contó con diversos grupos, los que ayudarían a "*mujeres pobres de solemnidad*". De esta Cofradía que seguía "*un modelo beneficial español*" se creó la Sociedad Filantrópica de Damas Orientales (1843-1846). Otra organización importante fue la Sociedad de Beneficencia de Señoras (1855-78) regida por un reglamento que le asignó "*la dirección e inspección de las escuelas y colegios de niñas, el hospital de mujeres y la Casa de Expósitos y la de todo establecimiento dirigido al bien de los individuos de su sexo*". El 16 de setiembre de 1875 se inauguró un edificio con capacidad para 300 niños.

En enero de 1878 el Gobernador Latorre puso en la dirección del Asilo a las Hermanas de la Caridad y poco después disolvió la Sociedad de Beneficencia de Señoras. Cabe tener presente que las Hermanas de la Caridad cumplían su labor desde 1856 en el Hospital de Caridad. Después que Latorre renunciara a la presidencia, el Dr. Francisco Antonino Vidal restableció la Sociedad de Beneficencia de Señoras, la que pasó a llamarse Sociedad de Beneficencia Pública a

partir de 1880. Ésta, durante la presidencia de Tajes pasó a la órbita del Ministerio de Gobierno, al pasar a integrar la Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública creada en 1889. Dos años después, esta Comisión Nacional reconoció a la Sociedad de Beneficencia de Señoras y admitió su participación en la dirección y administración del Asilo de Huérfanos y Expósitos, hasta la creación de la Asistencia Pública Nacional en 1910. Se estima que entre 1843 y 1885 participaron no menos de 89 damas de beneficencia.[119]

Estos antecedentes nacionales se corresponden en el siglo XIX con los de otros países que ya tenían centros industriales; a modo de ejemplo en Inglaterra se constituyó un 1889 la "*Charity Organization Society*" con la finalidad de crear programas dirigidos a la atención de niños, mujeres y en especial ancianos. Se trataba de organizaciones sociales no gubernamentales cuya orientación positivista tenían como base enfoques de sociólogos y economistas como Augusto Compte (1789-1857) y John Stuart Mill (1806-1873). Se trataba de personas con alto poder económico y político cuyas acciones tendían a dar asistencia a los pobres para paliar sus carencias materiales y espirituales.

Chile fue el primer país latinoamericano en contar, desde 1925 con una Escuela de Trabajo Social para preparar "*un auxiliar subprofesional del médico*" y cuyo método de intervención era el trabajo social de casos. Luego en México se crea en 1933 la Escuela de Trabajo Social con una carrera de nivel técnico de 2 años de duración. En ambos ejemplos latinoamericanos la acción se encara con sentido filantrópico y caritativo.[120]

Años más tarde se creó la Escuela de Servicio Social del Uruguay, católica. El proyecto fue elaborado en Chile por las hermanas Margarita y Hortensia Salterain y Herrera quienes trajeron algunos profesores alemanes, entre ellos la propia directora Augusta Schroeder.[121]

De relevante importancia en el desarrollo del trabajo social, en cuanto a su cambio de caridad institucionalizada y voluntaria hacia una actividad profesional, fue la obra de Mary Richmond (1871-1928). Ella se inició en una organización asistencial protestante, pero después fundó una Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Nueva York, la primera en el mundo respecto de esta profesión. Las actividades eran desempeñadas por las llamadas asistentes sociales cuyo método de trabajo era de casos de personas o familias. Se trataba de identificar a personas socialmente excluidas, muchas veces sin hogar, a veces mujeres y niños maltratados y fundamentalmente con dificultades económicas. Se les buscaba trabajo con salario procurando no establecer una relación paternalista.[122]

Cabe recordar que en Uruguay, en 1934, con la aprobación de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud Pública Nº 9.202, se creó la Escuela de Sanidad y Servicio Social cuya Sección B estaba destinada a la formación de Visitadoras Sociales. Esta constituyó una competencia con la Universidad, si tenemos en

cuenta que ésta era la institución responsable en nuestro país de la formación de profesionales. Pasado un largo tiempo, el Dr. Cassinoni habrá de presentar "*una moción en el seno del Consejo Central Universitario para que* [una Escuela de Servicio Social] *se cree directamente relacionada con el Rectorado" (…) Esta ampliación de la función Universitaria tendrá además señalada importancia en el destino de muchos jóvenes, que llenan hoy casi obligadamente los cuadros estudiantiles de las diferentes Facultades profesionales y que se decidirán entonces por estas nuevas posibilidades, (…)".*[123]

El Departamento de Servicio Social del Hospital de Clínicas

En Uruguay existieron entre los años 1927 y 1933 cursos para visitadoras sociales que tenían una marcada orientación hacia aspectos sanitarios.[124] Dada la complejidad de la Escuela de Sanidad y Servicio Social, en 1937 se resolvió: "*a partir del 1º de octubre la Escuela de Nurses y Visitadoras Sociales funcionará independientemente de la Escuela de Sanidad, bajo la superintendencia de la División Higiene (...).*" En ese mismo año comenzó la formación de visitadoras de higiene. El curso tenía como requisitos: "*1º No tener más de 30 años de edad. 2º Presentar un certificado de salud de la División Higiene. 3º Haber cursado por lo menos 4 años de enseñanza liceal o normalista."* El curso era de dos años de duración y las diversas asignaturas tenían que ver con el proceso salud-enfermedad y poseían un enfoque francamente biologicista. Algunos de los cometidos que se asignaban a las egresadas se superponían a los de las nurses. Entre éstos se encontraban "*vigilancia de recién nacidos visitándoles diariamente durante la primera semana, (...). Examen y fichado de los alumnos de las escuelas de la localidad, una vez por año, enviando a las policlínicas a los niños que presentan trastornos. Visita a los enfermos de enfermedades trasmisibles, vigilando el aislamiento, desinfección, etc.*".[125]

A nivel del Consejo Directivo de Facultad de Medicina, como parte del informe del decano Abel Chifflet sobre su estadía en la Universidad de San Pablo, se planteó que "*Los Servicios Sociales están extraordinariamente bien organizados. Cuando llega el enfermo se le hace una ficha donde se anotan todos los datos que puedan interesar del punto de vista social. Esa ficha pasa a la Central de Servicios Sociales" (...) "La empleada de Servicios Sociales es la encargada de ponerse en contacto con el enfermo y traer las informaciones de la familia, no en el aspecto relacionado directamente con la enfermedad, sino en otros aspectos educacionales: condiciones de la habitación donde vive, condiciones de alimentación, de higiene, etc. (...) le dan una gran importancia a los servicios sociales no solo desde el punto de vista científico, sino del punto de vista de la educación del pueblo". (...) "Las visitadoras sociales han hecho todas una estadía más o menos prolongada en EEUU".*[126]

En diferentes instancias se observan resoluciones sobre elecciones y reelecciones así como creación de cargos para visitadoras sociales para diversos servicios (ej. Instituto de Tisiología).[127]

El Dr. Tabárez, ya en funcionamiento el Hospital de Clínicas, formuló una exposición destacando la necesidad imprescindible de organizar el Departamento de Servicio Social así como la preparación del personal que actuaría en el mismo. Creía que había llegado el momento de ir pensando en lograr el concurso de algún Técnico de habla española especializado en la materia. La Comisión del Hospital le encomendó la iniciación de trámites para darle andamiento a la organización de este Departamento.[128]

El Decano Prof. M. Cassinoni opinaba que el Hospital de Clínicas no debía inaugurarse sin un cuerpo de visitadoras que realizara el Servicio Social.[129] Al año siguiente se decidió "*cursar un telegrama al Dr. Odair Pedroso recabándole la contestación sobre (...) las gestiones que le fueron encomendadas sobre el pedido de una persona especializada en Servicio Social".*[130] Meses después se resolvió: "*estudiar las posibilidades de contratación de una persona técnica para capacitar personal en la técnica de Servicio Social Hospitalario"* y "*llamar a aspirantes para proveer de modo interino cargos de Visitadoras Sociales"*.[131] Pocos días después se autorizó la contratación por 3 meses de un técnico en Servicio Social del Hospital de Clínicas de San Pablo, con el objeto de organizar el Depto. del Hospital de Clínicas.[132] A tales efectos se contrató a Celia F. Guazzelli, quien replica en nuestro país la orientación que tenía el Servicio Social del Hospital de San Pablo, de donde provenía. La Srta. Celia F. Guazzelli "*en sus ocho meses de estadía en Montevideo, planificó el servicio, dictó un cursillo sobre Servicio Social Médico para postgraduadas y organizó un concurso de oposición para proveer los primeros cinco puestos de Visitadoras Sociales Médicas".*[133]

Como resultado del llamado para cargos de Visitadores Sociales se resolvió designar de modo interino y por un plazo de seis meses a las siguientes personas: María Lilia Fernández Corta, Judith Dellepiane de Rama, Lida Pereyra Estévez, Nélida Rivas Borda y Vera Rosa Holtz. La Dra. María L. Saldún de Rodríguez y el Dr José Alberto Praderi plantearon que en nuestro medio hay personas provenientes de la Escuela de Servicio Social de Chile "*que se ha catalogado como muy buena y que tal vez fuera posible a través de ellas conseguir un técnico chileno que contribuya a capacitar al personal del Dpto".*[134]

El Dpto. de Servicio Social del Hospital de Clínicas quedó constituido el 15 de mayo de 1955[135], y se decidió proveer, concurso mediante, cinco cargos en titularidad. Las cinco visitadoras sociales seleccionadas por el Tribunal fueron: Judith Dellepiane de Rama, Josefina Silva Baliñas, María L. Fernández Corta, Lida Pereyra Estévez y Blanca Vila. Posteriormente fueron designadas, en forma interina Clementina Pignata, María Inés Ingold, Olga Palesse e Ida Inés Arzeno[136], que comenzaron a trabajar unos meses después. La única egresada

de la Escuela de Servicio Social, privada, católica, fue Josefina Silva Baliñas; las otras provenían de la Escuela de Sanidad y Servicio Social.[137]

Luego de que Celia Guazzelli regresara a su país la Comisión del Hospital designó para la jefatura del Departamento a Judith Dellepiane de Rama y como Asistente a Josefina Silva Baliñas,[138] las que habían ocupado los primeros puestos en el concurso. Años más tarde, durante la dictadura, la Sra. Dellepiane de Rama se exilió en Chile y luego en España con su familia. De 1975 a 1988 la jefatura fue desempeñada por Josefina Silva.

La ubicación física del departamento fue inicialmente en un sector del Basamento del Hospital el cual había sido adjudicado a Archivo Médico y Estadística; esto generó algunas dificultades. Más tarde se consideró que una mejor instalación del mismo sería en un local próximo al sector de Admisión,[139] en planta baja, frente al Dpto. de Enfermería.

Este Servicio Social de la Universidad constituyó el equipo más importante de este tipo de profesionales, por su alto número de integrantes, existente en nuestro país. Sin duda esto tiene que ver con la concepción que la Sra. Dellepiane tenía acerca de la responsabilidad que al Servicio Social le correspondía cuando se utilizaba la metodología de "casos" individuales (paciente y familia). Entre otras cosas dice Dellepiane de Rama: "*La función de un trabajador social en un medio hospitalario está relacionada estrechamente con los problemas médicos que presenta el paciente y su papel lo determinan los problemas sociales originados o puestos en evidencia por la enfermedad. (…) Ayuda al paciente en problemas estrictamente sociales, problemas económicos, problemas de vivienda, problema de cuidado de menores, etc; relaciones familiares, problemas de desocupación, relación con el tratamiento médico, problemas de conducta en el hospital o en su hogar en relación a la enfermedad, orientación para saber utilizar los recursos de nuestra comunidad. En su relación con el resto del personal técnico (y muy especialmente de los médicos y enfermeras), el servicio social hospitalario está orientado en el sentido de facilitar las tareas estrictamente asistenciales. (…) . El Dpto. de Servicio Social colabora en las investigaciones médicas, en el terreno del aspecto social, y ya existen algunas interesantes experiencias al respecto*".[140]

Tiempo después entraron por concursos otras cinco visitadoras.[141]

La calidad del servicio que en esta área ofrecía el Hospital fue objeto de que la Escuela de Servicio Social[142] del Uruguay solicitase que dos de sus alumnas realizaran sus prácticas en él. Se accedió a la solicitud con la condición de que se realizara el aprendizaje previo de acuerdo con la dirección del servicio.[143]

La previsión de cargos para este Departamento era: un jefe, dos asistentes, cuatro supervisoras y 47 visitadoras. Total: 54 cargos.[144] Sin embargo el máximo de Asistentes Sociales fue de 30 incluida la jefe del Departamento. Esta dotación permitía tener una profesional por Ala en los pisos médicos y quirúrgicos; una en cada Servicio de Oftalmología; Otorrinolaringología y Psiquiatría y 2 en

Emergencia, una en la mañana y otra por la tarde. Con esta asignación la Asistente Social de Piso, conocía a cada uno de los pacientes, ayudaba a resolver sus problemas y hacía el plan para el Alta. "*A veces se mantenían pacientes con el Alta médica pero no Social, cuando vivían en un baldío o no tenían donde vivir*". Contaban con recursos para locomoción en caso de traslados de enfermos; habían conseguido que la Administración de Ferrocarriles del Estado (A.F.E.) diera los pasajes para traslados de pacientes al interior. La "*caja chica*" que tenían les permitía pagar el taxi que trasladara al enfermo hasta A.F.E. o hasta O.N.D.A. (Organización Nacional de Autobuses).

Solicitaban y obtenían recursos para prótesis: bastones canadienses; muletas (por los que se hacían licitaciones); bastones simples que llegaron a ser construídos en el Hospital con palos de escoba en desuso y de los cuales, la parte donde se apoyaba la mano, el carpintero los hacía encastrados. Se daban en calidad de préstamo pero muchas veces los pacientes no los devolvían. También estaban autorizadas a pagar algunos días de pensión para pacientes que tenían que volver a los dos o tres días y no eran de la ciudad.

En casos de personas y/o familias extremadamente pobres, si el paciente fallecía habían obtenido que la Empresa Martinelli les diera el ataúd y si eran del interior también facilitaba un furgón para trasladarle a A.F.E. y a los familiares les daban billetes para su pasaje. Con el tiempo la Intendencia Municipal de Montevideo se hizo cargo de estos servicios: los velaba y sepultaba.[145]

A comienzos de 1956 el Depto. de Servicio Social presentó un plan para poner en práctica una selección económica de las personas que se atendieran en el Hospital. Este tema se analizó a través de varias sesiones de la Comisión Directiva. Finalmente, se decidió,[146] de acuerdo a las categorías elaboradas por el Servicio Social: que a los de la categoría A no se les cobraría nada; y a los de la categoría B se les cobraría un porcentaje de acuerdo al sueldo. El 70% de los pacientes resultaban no pagantes.

Importa destacar que ante una solicitud de la Asociación Fraternidad sobre la posibilidad de internar a sus afiliados en el Hospital de Clínicas, se hizo un análisis mediante el cual se clarificaba que aún cuando esto pudiera convenir desde el punto de vista comercial y a través de un convenio, "*... no le podemos sacar, de ninguna manera, una cama a un indigente, para dársela a un socio de una mutualista*".[147] Este razonamiento era coherente con la filosofía y ética de la institución universitaria y con el prestigio ganado ante la opinión pública.

A fines de 1956 el Servicio Social propuso hacer un estudio socio-médico de la zona en que se encontraba instalado el Hospital, estudio que en su mayor parte sería realizado por el personal de Visitadoras Sociales sin abandonar sus tareas habituales. Como una primera etapa investigativa se aceptó la propuesta hecha y se integró una comisión para elaborar el proyecto.[148] Éste es un ejemplo del interés que los profesionales del Hospital de Clínicas tenían respecto al

mejoramiento de los servicios cuando se enriquecía el quehacer con los resultados de la investigación.

La Escuela de Servicio Social de la Universidad de la República se creó en 1957 con un plan de estudios de 4 años de duración y la presentación de una tesis final; años después que fuera creado el Departamento de Servicio Social del Hospital de Clínicas.

CAPÍTULO XXV

OTROS PROFESIONALES Y TÉCNICOS DE LA SALUD (EX AUXILIARES O COLABORADORES)

Psicología Aplicada a la Infancia (Psicología Infantil)
Auxiliar en Fonoaudiología
Auxiliares de Fisioterapia (Técnicos en Fisioterapia)
Auxiliares Transfusionistas
Técnicos en Radiología
Auxiliares de Laboratorio
Auxiliares de Archivo Médico
Auxiliares Técnicos en Oftalmología
Hacia la Escuela Universitaria de Tecnología Médica
Personal de Servicios Generales
Datos biográficos de Eugenio Fulquet

La Facultad de Medicina ha asignado gran importancia a la formación, en el ámbito universitario, de recursos humanos, que colaboraran con los médicos en sus diferentes lugares de trabajo. Esto ha ocurrido por dos razones: una, poder desarrollar su labor acorde con los avances científico-tecnológicos que se operaban internacionalmente en la atención a la salud-enfermedad; otra, la razón fundamental: preparar el personal que habría de desempeñar las diversas funciones que se requerían en el Hospital de Clínicas, cuya necesidad se vivía cada vez con más intensidad.

La preparación de los recursos humanos en el ámbito universitario favorecería su formación no sólo desde el punto de vista científico sino que también en la adquisición de actitudes y valores tales como; el respeto por el ser humano, cualquiera fuera su condición en el más amplio sentido; su compromiso con el país en su calidad de constructor social solidario; el apego a la verdad y dignidad en su quehacer; la defensa de los valores democráticos y éticos cualquiera fuera la situación dada.

Este interés por la formación de los llamados auxiliares o colaboradores del médico comenzó a concretarse a nivel del CDFM en 1946, durante el decanato del Prof. Dr.Julio César García Otero y tuvo su máxima expresión a partir del decanato del Prof. Dr. Mario Cassinoni. Reiteramos, según sus palabras "*el establecimiento de cursos y escuelas para la formación de colaboradores o auxiliares del médico, es para mí una permanente preocupación –podría decir una obsesión-desde que visitando otros países comprendí su importancia*".[149]

Recordemos también que en 1952 la Facultad ya tenía "*tres organismos: uno se ocuparía de todos los problemas de los estudiantes* [de Medicina]*; otro de los estudiantes de auxiliares del médico y un tercero de los problemas de los graduados*".[150]

En este espacio nosotros sólo aspiramos a dar una visión general del advenimiento de algunos cursos y escuelas creados entre 1946 y 1954, habida cuenta de que ya nos referimos a algunos de ellos con más detalle. Es importante señalar que los diversos cursos y escuelas tuvieron requisitos de ingreso y duración muy diferentes.

Algunos proyectos de escuelas constituyeron tan sólo cursos integrándose progresivamente a la Sección Auxiliares del Médico, con la sola excepción del proyecto de Escuela de Anestesiología que se transformó en un curso para médicos.

En realidad a nivel médico se percibía el interés y la inquietud creciente por mejorar día a día la preparación de "*sus colaboradores*". Empezaron a desarrollarse cursos aún cuando no se contaba con una estructura docente ni con los espacios que se pudieran considerar necesarios. Se trataba de mejorar la preparación de aquellos con quienes compartían sus tareas. Por ejemplo: el 29 de diciembre de 1949, los Dres. Eugenio Fulquet, Hermógenes Álvarez y José Alberto Castro informan al Consejo de Facultad que "*hay un rubro de $ 30.000 anuales para el pago del personal de las escuelas auxiliares*" … "*Esta Comisión se propone la creación de la Escuela de Auxiliares y de Enfermeras, que es el primer paso para la Escuela de Colaboradores*" (...) "*Ahora se crearía primero, cursos para auxiliares de enfermeros, y segundo, un programa de cursos permanentes para transfusionistas y auxiliares de transfusionistas*;" (...) "*Otro aspecto importante es que en el Instituto de Clínica Pediátrica existe una Clínica Médico-Psicológica que dirige el Dr. Marcos, quien ha querido contratar los servicios de una persona especializada*

en psicología a los fines de enseñar en esa policlínica a personas que sirvan de ayuda a los médicos para interpretaciones psicológicas". [151]

Para organizar los cursos de Escuelas de Colaboradores del Médico había que nombrar una persona encargada de la dirección, coordinación y supervisión de los mismos. Por unanimidad, se resolvió designar Coordinador de las Escuelas y Cursos de Colaboradores del Médico, por el año escolar 1950, al Dr. Eugenio Fulquet.[152]

En la primera oportunidad que Fulquet concurrió en caracter de Coordinador al Consejo agradeció efusivamente por las funciones que se le habían asignado y planteó que si bien éstas eran de coordinación y supervisión "*es indudable que una primera etapa tiene que ser la de estructuración de una serie de cursos que todavía no se cumplen en la Facultad de Medicina, o que se han cumplido en base a la buena voluntad de colaboradores de distintos servicios. Para obtener una estructuración con un respaldo docente sólido, es indispensable interesar en estos esfuerzos a todos los servicios hospitalarios que tienen que contribuir principalmente con el material de enseñanza para una serie de cursos*" (...) "*Tengo que adelantar para satisfacción de las autoridades, que las designaciones hechas por los distintos servicios hasta el momento son de personas de gran jerarquía*" (...) "*Entre los designados figuran tres profesores agregados y personas de mucha versación*" (...) "*Los elementos con que contábamos al ser designado, eran la Escuela de Obstetricia, que tenía su identidad propia,* los cursos para dietistas, y los cursos* (...) *para Auxiliares de Psicotecnia y Psicología Infantil iniciados por el Prof. Marcos.*" (...)[153] También se estaban estructurando los cursos para auxiliares de transfusionista, técnicos de física médica y auxiliares de radiología.

En el momento de la reelección de Eugenio Fulquet como Coordinador de los Cursos para Auxiliares del Médico informó de la marcha de los cursos de Psicología Aplicada a la Infancia, de Auxiliares de Fisioterapia y Auxiliares de Transfusionista y también hizo saber que se estaba planeando la iniciación de los cursos para Auxiliares de Radiología y para Laboratorio. En el Consejo Directivo de la Facultad de Medicina se destacó su trabajo entusiasta honorario y que "*es uno de los más eficientes colaboradores del Consejo en un campo de docencia que la Facultad de Medicina no había desarrollado hasta ahora*".[154]

Psicología Aplicada a la Infancia (Psicología Infantil)

Ya fue señalado el interés del Prof. Agdo. Julio R. Marcos de contratar a una psicóloga para que pudiera prestar apoyo a los médicos del Instituto de la Clínica Pediátrica. Eugenio Fulquet había hecho una visita al Servicio antes

* La Escuela de Parteras fue fundada en 1915; sin embargo la primera graduada, Adela Peretti, se graduó el 26 de febrero de 1881 junto a los dos primeros médicos de la Facultad de Medicina. Adela Peretti recibió a su egreso el premio Semmelweis (medalla de oro).

mencionado donde pudo apreciar la importancia que la psicología infantil tenía para la atención de los niños. Luego Marcos había presentado un programa del curso el cual debió ser reestructurado a fin de adaptarlo en su extensión. Este curso de Psicología Infantil se iniciaría el 15 de mayo de 1950 para un alumnado de 15 personas, quienes tendrían como requisito el bachillerato completo o ser maestros normalistas. De existir mayor número de aspirantes se haría su selección a través del cómputo de méritos. El Consejo destacó el esfuerzo personal de Marcos, quien fue también elogiado por "*la colaboración inteligente que ha encontrado*" (...) "*en especial la Sra. Barbé que ha hecho hasta ahora la enseñanza práctica de psicotecnia*".[155] Se vio la importancia de dar ingerencia a la Cátedra de Psiquiatría, pues se consideró que ésta no había tenido oportunidad de actuar. Cabe recordar que por entonces la enseñanza de la Medicina tenía un enfoque sobre todo organicista, somático; el nuevo enfoque de la Psicología aplicada significaba no sólo una modernización de la enseñanza, sino la concepción del hombre como ser biopsicosocial.

El devenir histórico pondrá en evidencia que los cursos de Psicología Infantil se mantuvieron largo tiempo en la Escuela de Colaboradores del Médico capacitando personal técnico especializado en la exploración psicológica del niño y adolescente. El curso tenía una duración de 2 años y 3 meses. Estos cursos eran dirigidos por el Prof. Marcos y las clases teóricas y prácticas tenían lugar en la Clínica Médico Psicológica del Hospital Pedro Visca.[156]

De acuerdo con lo que menciona el Decano Cassinoni, en sus comienzos "*Los alumnos han sido, en su mayoría, médicos y estudiantes de medicina; se explica por la importancia que la Psicología ha adquirido en el enfoque de la medicina moderna*".[157]

Auxiliar en Fonoaudiología

En 1956 la Escuela de Auxiliares del Médico organizó un primer curso para la enseñanza de la Fonoaudiología. Se desarrolló en el Instituto de Neurología y en la Cínica Otorrinolaringológica, con excelentes docentes, y duraba seis meses. Pronto se extendió a un año. El título otorgado inicialmente fue de Auxiliar en Fonoaudiología. Cuando la Escuela cambió su nombre por el de Escuela de Colaboradores del Médico, los cursos se hicieron de dos años y el título otorgado pasó a ser Técnico en Fonoaudiología.[158]

Auxiliares de Fisioterapia (Técnicos en Fisioterapia)

El primer conocimiento que tuvimos con respecto a esta temática se remonta a 1946 cuando en una sesión del CDFM Eugenio Fulquet informó que en la Comisión de Enseñanza de Facultad había sido considerada una solicitud

del Prof. Benigno Varela Fuentes para iniciar un curso de Kinesiología. Entonces el Dr. Rodolfo Tiscornia manifestó su desacuerdo porque consideraba que correspondía realizar dicho curso en el Servicio de Física Médica. Sin embargo se consideró que el planteamiento de los kinesiólogos era un primer paso favorable.[159] Hemos expresado en otros momentos la opinión del Prof. Dr. Mario Cassinoni, concordante con la de Tiscornia.

En realidad el curso para Auxiliares de Fisioterapia se inició en el segundo semestre de 1951 con un total de 45 inscriptos.[160] Tenía una duración de dos años y aunque sólo concurrieron 24, muchos eran masajistas a quienes se les exoneró del primer año. Sus pruebas de anatomía y fisiología fueron de tan buen nivel que Fulquet fue felicitado por el Consejo de Facultad, dada su condición de coordinador y supervisor del curso.[161]

Las evaluaciones de estos cursos para Auxiliares de Fisioterapia así como las innovaciones tecnológicas que iban produciéndose en los diversos tratamientos utilizados por Física Médica, condujeron a cambios sustantivos respecto de la duración y los contenidos de estos cursos así como la denominación de los egresados que pasó a ser Técnicos en Fisioterapia. La duración de los cursos se llevó a tres años. Obviamente también cambió el perfil laboral, colaborando con el médico en tratamientos de recuperación motriz utilizando variedad de técnicas: gimnasia correctiva (o quinesioterapia), masajes, electroterapia, balneoterapia (hidroterapia), etc. Su quehacer trascendió a los hospitales públicos y privados, a consultorios e incluyó diferentes modalidades del deporte y la gimnasia. Dos de las asignaturas dejaban en claro el interés por desarrollar temas no utilitarios y de gran trascendencia en la formación de un técnico o un profesional de la salud: Medicina Preventiva y Deontología Profesional.[162] Como docentes encargados de la enseñanza de juegos y deportes para los cursos de Auxiliares de Fisioterapia, de acuerdo a lo aconsejado por la Comisión de Concursos, fueron designados la Sra. Nelly Rey de Langlade y el Sr. Alberto Langlade.[163]

El primer llamado que pudimos documentar para proveer 2 cargos de Auxiliares de Fisioterapia para el Servicio de Física Médica del Hospital de Clínicas fue en 1954. Posteriormente hubo un llamado a concurso de Méritos y Pruebas para 3 cargos de Auxiliares 2º de Fisioterapia.

Auxiliares Transfusionistas

Casi a fines de la década de 1940, al Consejo de la Facultad de Medicina llegó una nota de solicitud de la Dirección Nacional de Defensa Pasiva, donde se realizaban cursos para enfermeras, dependiente del Hospital Militar, para realizar "*el Curso de Especialización para Enfermeras que organiza y que dictaría la Central de Sangre y Plasma*." Se consideró que este era un asunto delicado, máxime cuando la Facultad "*está organizando las escuelas de colaboradores del Médico*"

y porque "*otorgar certificado de transfusiones a personas cuya enseñanza no ha sido hecha y controlada por la Facultad, puede dar lugar a situaciones personales y crear un nuevo tipo de nurse formada en Defensa Pasiva*".[164] Defensa Pasiva preparaba personas que recibían certificados como: "*Enfermera*"; "*Enfermera jefe de Puesto de Socorro*"; "*Enfermera Transfusionista*" y "*Enfermera Z".*[165] En oportunidad de la discusión del problema el Prof. Crottogini expresó que la Facultad no puede negarse a dar esa enseñanza, cuando la Central de Sangre y Plasma declara que puede hacerla. En sentido general, dada la complejidad que se veía en la solicitud el tema pasó a estudio de la Comisión de Enseñanza. Según el informe dado por el Dr. E. Fulquet los cursos para transfusionistas se iniciarían el 22 de mayo de 1950, de acuerdo al programa ya conocido por el Consejo y los mismos se desarrollarían en 14 semanas, estando la docencia a cargo del Dr. Invernizzi y colaboradores.

Son interesantes algunas resoluciones del Consejo respecto de la Central de Sangre y Plasma del Hospital de Clínicas; a saber: 1º que se autorice exigir una retribución adecuada, por los servicios prestados a los enfermos pudientes. 2º Que provisoriamente se acepten las tarifas propuestas por el Sr. Director para los enfermos de mutualistas y los enfermos que no tengan el carnet de Salud Pública. 3º Que cuando se trate de enfermos enviados por el Ministerio de Salud Pública y que tengan el carnet de pobres, los servicios serán gratuitos. 4º Todos los casos no previstos, serán resueltos por el Servicio Médico Social del Hospital de Clínicas. 5º El Director de la Central de Sangre y Plasma presentará a la brevedad posible una reglamentación aplicable a la regularización y cobro de honorarios. 6º El dinero obtenido será aplicado a los rubros de gastos del Hospital de Clínicas.[166]

A raíz de un llamado en la prensa respecto a la inscripción para realizar cursos de transfusionistas que resultó mal redactado, se dio un interesante cambio de ideas a nivel del Consejo de Facultad. El Decano aclaró que dicho curso era para Auxiliares de Transfusionista. Asistió invitado el Dr. Fulquet quien aclaró cuales eran las funciones que ellos habrían de cumplir. En el primer curso que se había realizado se había exigido sólo enseñanza primaria y una edad entre 18 y 35 años. La experiencia indicó al Dr. Dinor Invernizzi que debía exigirse enseñanza secundaria. La edad era la exigida para Enfermería y respecto al sexo se había llegado a la necesidad de tener personal de enfermería de ambos sexos. El Dr. Elio García Austt Negri señaló con claridad que han existido estudiantes de Medicina mayores de 26 años y varones que se han especializado en eso. Invernizzi consideró que para los estudiantes de Medicina en la Central de Sangre y Plasma siempre habría lugar y que podían llegar a ser hemoterapeutas.[167] Los cursos de auxiliares de transfusionistas tuvieron una duración de aproximadamente 1 año. Para el siguiente curso se inscribieron 97 aspirantes y fueron aceptados 32 porque el mismo estaba programado solo para 20 alumnos.[168] El

traslado de Sangre y Plasma al Hospital de Clínicas –el primer servicio con que contó el Hospital- fue considerado importante para poder dar más extensión a la preparación de los auxiliares transfusionistas. Finalmente se resolvió realizar cursos para dichos auxiliares como venían planteándose y solicitar al Director de Sangre y Plasma la realización de otro curso para transfusionistas destinado a los estudiantes de Medicina, que se realizaría en el mes de agosto.

Las clases teóricas para los auxiliares estaban a cargo de personal docente y se llevaban a cabo tres días por semana en horario matutino. Las clases prácticas tenían lugar de lunes a viernes en horarios rotativos. Los estudiantes realizaban prácticas de preparación de material y debían realizar un cierto número de transfusiones.[169]

El Hospital de Clínicas, preparándose para la iniciación de ese funcionamiento resolvió: 1º Ampliar a 4 meses el plazo de inscripción para el llamado a concurso que había hecho. 2º Realizar un llamado para 3 cargos de Auxiliares de Transfusionista que se proveerían por concurso de méritos debiendo establecerse en el llamado respectivo la obligatoriedad de realizar guardias nocturnas. El plazo del llamado sería de ocho días.[170] Se estableció además que en caso de producirse vacantes durante el año, ellas se proveerían con las personas que hubieran sido calificadas en el concurso por riguroso orden de puntaje".[171] En esa misma sesión se informó que estaban prontas las bases para hacer el llamado. Lo dicho anteriormente nos permite comprender la urgencia que el Hospital tenía de este personal.

Técnicos en Radiología

Antes de que existieran cursos para la formación de Técnicos en Radiología observamos que se designaron Bachilleres de Medicina para ocupar cargos de Auxiliar Técnico 4º del Instituto de Radiología y Ciencias Físicas; tal el caso del Br. Eneas Hermida; y también de la Srta. Alba Valiño sobre quien se fundamentó que "*la causante es persona de conocimiento de los suscritos por haber desempeñando tareas honorarias y rentadas en el Instituto de Radiología para desempeñar las funciones para las que ha sido propuesta*". Firmado por el Director del Instituto de Radiología, Prof. Dr. Pedro Barcia, y los profesores agregados Alfonso Frangella y Nicolás Caubarrére.[172]

Los cursos para la formación de Técnicos en Radiología "… *se venían cumpliendo en el Instituto sin respaldo de una estructuración por parte de la Facultad de Medicina, pero que han alcanzado resultados muy encomiables*".[173] Luego, la preparación de este nuevo perfil laboral se organizó e integró a la Sección Auxiliares del Médico. "Le competirá colaborar con el médico en diferentes prácticas electrorradiológicas. Tendrá que cumplir con exactitud en qué posición deberá ser ubicado el paciente para tomar la radiografía según la indicación

hecha por el médico, y habrá de tener certeza en cuanto a las medidas eléctricas que permitan tomar la correcta imagen y también deberá dominar la técnica fotográfica del revelado del film". El curso tendría dos años de duración y es a nivel del segundo año cuando realizarían sus prácticas.[174]

En 1952 el Hospital de Clínicas estudió, reglamentó y aprobó los Servicios Médicos Auxiliares del Hospital. En el punto 1º queda consignado que los Dptos. de Radiodiagnóstico y Física Médica del Instituto de Radiología y Ciencias Físicas, la Central de Sangre y Plasma, y el Laboratorio Central funcionarán como Servicios Auxiliares.[175]

En una sesión de la Comisión del Hospital, el Decano señaló que se debía resolver el problema que planteaba la incorporación del personal actual a las planillas presupuestales así como la selección de nuevo personal. Entre otra serie de puntos se resolvió llamar a aspirantes para la provisión de los siguientes cargos: Jefe de Sección de Personal, Enfermeras (Nurses jefes), Auxiliares de Radiología, Auxiliares de Enfermería y Fotógrafo.[176]

El tribunal actuante seleccionó los tres primeros Auxiliares de Radiología del Hospital, que fueron, en este orden, los siguientes: 1º Sra. Ángela Couto de Arnoso. 2º Sra. Matilde Polvarini. 3º Sr. Fernando Oreiro.[177]

Auxiliares de Laboratorio

En 1949, a raíz de una solicitud del Prof. Stajano de creación de dos cargos de Ayudante de Laboratorio y Preparador, surgió una interesante discusión en el seno del Consejo Directivo de la Facultad de Medicina: "*En cuanto al cargo de Preparador que el Dr. Stajano considera indispensable para su Laboratorio, la Comisión de Reglamento hace notar que: a) Ese cargo no integra el elenco del personal de los Laboratorios Clínicos de la Facultad*" (...) Téngase en cuenta que por entonces todas las Clínicas enviaban los materiales al Laboratorio Central de las Clínicas y contaban además con un laboratorio propio, no de grandes proporciones. En la oportunidad que comentamos el Consejo resolvió "*sugerir al Prof. Stajano que, entre tanto, busque solución a dicho problema con alguno de los funcionarios que provee el Ministerio de Salud Pública, o en caso contrario, contratándolo con cargo al rubro de su Clínica*".[178]

En realidad hubo un período en el cual los cargos de Ayudantes de Laboratorio de las diferentes Clínicas eran provistos por concurso de oposición con escasas exigencias técnicas. En consecuencia, esos laboratorios carecían de la competencia necesaria ni eran útiles para hacer exámenes especializados. El Ayudante de Laboratorio no podía cumplir lo que exigía el programa.[179]

El proyecto de organigrama elaborado por Odair Pacheco Pedroso para el Hospital de Clínicas, contenía varias secciones o departamentos como Anestesiología, Metabolismo Basal y Laboratorio Central. En la consideración de este

proyecto surgió la necesidad de establecer la carrera del laboratorista y de definir cómo se haría esa enseñanza.[180] Se avizoraba que cuando el Laboratorio Central pasara al Hospital de Clínicas, seguirían funcionado diferentes laboratorios menores en los restantes hospitales.[181]

Dentro de los Servicios Auxiliares Médicos el de Radiología había pasado a consideración del CDFM; en cambio el del Laboratorio Central aún no había sido aprobado por la Comisión del Hospital.[182]

En 1953, el proyecto de Reglamento para la Designación de Técnicos en Laboratorio provocó una larga discusión de la cual surgió con mucha claridad que, a pesar de que fuera conveniente que el Jefe de Laboratorio fuera médico, en el momento no se disponía de laboratoristas, por lo cual el título de médico en los concursos tendría sólo valor de mérito. Se afirmaba que *"los mejores jefes de laboratorio no eran médicos."* Era importante que quienes cumplieran tal función fueran personas que dominasen la técnica de laboratorio. El Decano pretendió aclarar: "*los laboratoristas y los técnicos de laboratorio, son técnicos no docentes*".[183]

Cuando la Facultad de Medicina trató el reglamento para la designación de Técnicos de Laboratorio creó 8 categorías diferentes, correspondiendo a los Auxiliares de Laboratorio la categoría inicial. Asimismo se estableció que "*los cargos Auxiliares serán designados a propuesta fundada del Jefe del Laboratorio. Una Comisión nombrada por el Consejo o la Comisión del Hospital de Clínicas, según el caso, se expedirá sobre los méritos del candidato. Si el informe no resultara favorable se procederá a concurso abierto de pruebas. La aprobación de los cursos especiales que, para preparación de auxiliares, sean dictados por la Facultad, serán tenidos en cuenta especialmente en la apreciación de méritos*".[184]

Los cursos de Auxiliares de Laboratorio que implementó la Facultad de Medicina a través de la Sección Auxiliares del Médico tenían dos años de duración, pero dada la urgencia que vivía el Hospital de Clínicas de este perfil laboral se solicitó que dichos cursos se desarrollasen de manera más intensiva (como forma de disminuir su duración) y se solicitó la iniciación inmediata de un nuevo curso, el cual se iniciaría en los primeros días de noviembre.[185]

Rápidamente la Comisión del Hospital otorgó mediante concurso 10 cargos de Auxiliares 2º de laboratorio.

En 1955 la Comisión del Hospital de Clínicas aprobó el Reglamento del Laboratorio Digestivo del Laboratorio Central lo cual representó un avance hacia la eficiencia y la calidad técnica, y a la vez un esfuerzo por incrementar la coordinación con las tareas de investigación. Para jerarquizar este aspecto consideramos conveniente transcribir el artículo 4º) "*Los análisis especializados de digestivo que sean requeridos por la labor de investigación a realizarse en las Clínicas serán planeadas por los Profesores de Clínica en acuerdo con el Jefe del*

Laboratorio Central y el Asistente especializado en exámenes funcionales del aparato digestivo".[186]

Al haber trascendido el avance organizativo, científico, tecnológico del Laboratorio Central del Hospital de Clínicas comenzaron a aparecer solicitudes para realizar prácticas en el mismo: por ejemplo del Br. Ricardo Castiglioni Zuasti y el Dr. Homero Peri Pertusso. En ambos casos se accedió a la solicitud, dejando constancia que ello no generaría mérito alguno ni derecho a remuneración.[187]

En 1959 existe una publicación que da cuenta de los diferentes cursos que integran la Sección Auxiliares del Médico y en la cual pueden apreciarse varios cambios respecto a la publicación que se hiciera en 1954. En la de 1959, con relación a este tema específico que venimos tratando, menciona al "Curso para Auxiliares de Laboratorio Clínico", de dos años de duración, y expresa que la finalidad de éste es "*preparar personal capacitado y responsable, para desempeñar funciones de auxiliar, en las diversas especializaciones del laboratorio clínico (serología, bioquímica, hematología, etc.) (...) El auxiliar de laboratorio carece de capacitación para interpretar los análisis que realiza*".[188]

En mucho menos de una década el progreso había sido notable. De la época en que los ayudantes de laboratorio eran estudiantes o médicos sin preparación adecuada, se ha pasado al reconocimiento del Técnico de Laboratorio, a la formación racional de los mismos e incluso a su subespecialización.

Auxiliares de Archivo Médico

En 1951 el Consejo de Facultad de Medicina se puso a considerar un asunto muy importante que requería rápida resolución: el archivo médico del Hospital de Clínicas. Se pensó en organizar un curso para unas 30 ó 40 personas, dentro de las cuales habría un lugar reservado para las archiveras de las Clínicas. Se encomendó al Dr. Fulquet la organización de este curso.[189] Quizá algunos lectores recuerdan como antecedente en este aspecto, la existencia de Nurse Archivista o Archivera, título que se otorgaba a las alumnas que hacían en estos servicios un mayor tiempo de práctica que otras estudiantes; sobre todo al final de la carrera.[190]

En 1951 el Hospital realizó un llamado para médico encargado de Archivo. La Comisión del Hospital de Clínicas, después de haber conversado con todos los aspirantes, resolvió contratar a la Dra. Renée Minatta, sobre la cual se tenían las mejores referencias.[191]

Poco tiempo después de su contratación, la Dra. Minatta informó sobre las tareas desarrolladas con vista a elaborar un plan de organización del Servicio de Archivo Médico y Estadística en un Hospital moderno y de enseñanza y para la investigación. A fin de dar una completa idea de este plan, mencionaremos los grandes rubros que contiene; a saber:

1) Fines que debe cumplir el Servicio de Archivo Médico y Estadística.

2) Organización propiamente dicha. 1º Sistema de archivo; 2º Nomenclatura; 3º Secciones del archivo; 4º Local; 5º Mobiliario; 6º Material de trabajo; 7º Personal.

3) Plan de estudio. Programa. Curso para auxiliares del servicio de Archivo Médico y Estadística. Tiene 12 puntos de contenido y la bibliografía y un listado de las diferentes prácticas a realizar.[192]

En 1951 se aprobó el Reglamento de Archivos Médicos y Estadística cuyo contenido es de interés médico, más allá que, por tratarse de un Hospital Universitario, podría también ser de interés para instituciones de salud en formación.[193]

En junio de 1952 finalizó el primer curso para Archiveras y solo faltaba la aprobación del examen final para recibir el diploma correspondiente. Se estableció que las alumnas que tuviesen más de 10 faltas no tendrían derecho a realizar el examen.[194] Las flamantes egresadas encontraron rápida recepción y aceptación en las Clínicas del Hospital de Clínicas.

Auxiliares Técnicos en Oftalmología

En abril de 1955 el Consejo Directivo Central de la Universidad aprobó la realización del curso para Auxiliares Técnicos en Oftalmología, respondiendo a las necesidades del nuevo Hospital de Clínicas y al ofrecimiento del Profesor de Clínica Oftalmológica Washington Ísola. Quedó enmarcado dentro de los cursos organizados por la Escuela de Colaboradores del Médico, dirigida por Eugenio Fulquet. El primer curso comenzó en julio de ese año, bajo la dirección de Ísola, con un plan de estudios de dos años de duración, de carácter eminentemente práctico. La primera egresada fue Bertha Stark, en 1956, a quien se le reconoció cursos realizados en Inglaterra. En 1957 egresaron cuatro de las alumnas inscriptas en 1955 y tres más en 1958. A partir de 1958 se resolvió fijar en 12 las plazas del curso. Desde 1971 el plan de estudios se prolongó a tres años. Posteriormente, en 1990, se llevó a cuatro años y a partir de 2001 el título a expedirse pasó a ser Licenciado en Oftalmología.[195]

Hacia la Escuela Universitaria de Tecnología Médica

Sólo para tener una rápida idea de la profunda transformación ocurrida entre 1946 y el 2010 basta saber que en la actual Escuela Universitaria de Tecnología Médica, con sede en Montevideo y en Paysandú, pueden cursarse 19 ca-

rreras, de las cuales once son licenciaturas y siete son tecnicaturas. Los cursos de licenciatura tienen hoy día una duración de cuatro años y los otros de 3 años.

Las licenciaturas son: Fisioterapia, Fonoaudiología, Imagenología, Instrumentación Quirúrgica, Laboratorio Clínico, Neumocardiología, Neurofisiología Clínica, Oftalmología, Psicomotricidad, Registros Médicos y Terapia Ocupacional.

Las tecnicaturas son: Anatomía Patológica, Cosmetología Médica, Hemoterapia, Podología, Radioisótopos, Radioterapia, Salud Ocupacional y Registros Médicos (título intermedio).

Personal de servicios generales

Finalmente, aunque no se trate de profesionales ni técnicos de la salud, parece importante manifestar que la formación de quienes fueran a trabajar en el Hospital de Clínicas, y cualquiera fuera su escalafón y grado, constituyó siempre una preocupación de las autoridades.

Solo a modo de ejemplo de la preocupación formativa se transcribe aquí lo que el Dr. Mario Cassinoni incluyera en sus Memorias del Decanato 1949-1950 y 1950-1953:

"Personal de Servicio en el Hospital de Clínicas. Se realizaron en 1951 y se repetirán en el próximo mes cursos para el personal de servicio del Hospital de Clínicas, que tiene a su cargo, entre otras tareas, la limpieza del mismo. Hecho novedoso, sus resultados han sido excelentes y será una práctica que se incorporará en forma definitiva." [196]

La Comisión Directiva del Hospital aprobó el 9 de julio de 1963 los requisitos del cargo de Ayudante de Servicios Generales.

Datos biográficos de Eugenio Fulquet

Estos datos biográficos conjugan información obtenida en actas del Consejo Directivo de la Facultad de Medicina (CDFM) y de documentos e informaciones verbales aportados por el Sr. Gonzalo Fulquet Pizza, hijo del Dr. Eugenio Fulquet.

Eugenio Fulquet Kliche (Fig. 20) nació en Montevideo el 8 de octubre de 1897. Era el hijo mayor de los dos hijos del matrimonio de Sebastián Fulquet y de Juana Kliche. La familia Fulquet descendía de emigrantes catalanes de Sant Pol de Mar. Se trataba de una familia que en diferentes generaciones fueron luthiers y tenían un taller perteneciente a Sebastián Fulquet ubicado en Rincón 239. De niño vivió en la casa ubicada en Reconquista y Alzaibar donde nacieron él y su hermano¸ luego se trasladaron a la calle Pérez Castellanos y después a la calle Colón, donde permaneció hasta su matrimonio.


Figura 20.- Eugenio Fulquet (1897-1977).

Durante su época de estudiante de Medicina trabajó en las Librerías Barreiro y Ramos. Ingresó a Facultad de Medicina en 1919, terminó los cursos en 1924 y se graduó como médico cirujano en 1926.

El 14 de noviembre de 1938 Eugenio Fulquet casó con Fernanda Pizza Oromí. Se domiciliaron en Juncal 1470 hasta 1954; luego se trasladaron a la zona de Carrasco, donde antes acostumbraban concurrir en los meses de verano.

De su actuación profesional debemos mencionar que desempeñó la medicina particular en el consultorio ubicado en Canelones 929, que compartía con Víctor Armand Ugón, Alberto Pérez Scremini y Germán de Salterain. Asimismo, según un informe elaborado por él en marzo de 1943, fuera del cargo de Médico del Municipio, no tuvo otro cargo rentado público ni privado. En el Municipio entró como Médico Auxiliar; luego fue Encargado del Estudio y Vigilancia Médica de los empleados afectados de enfermedades pulmonares; después actuó como Médico de Primera y finalmente Encargado de la Sección Médica. En forma paralela trabajó en un cargo honorario de Médico Asistente en el Dispensario Central de Enfermedades Pulmonares a partir de 1935, desde el cual le fue posible desarrollar una amplia e importante labor con 300 empleados afectados por distintas neumopatías bacilares, manteniendo sus fichas archivadas en el Dispensario, incluyendo exámenes de contactos. Su actuación en el Dispensario le permitió hacer no menos de ochocientas radiografías de empleados y sus familiares, así como análisis y algunas tomografías simples.

Otros méritos destacados por Fulquet incluyen: Médico Asistente en el Instituto de Neurología que dirigía Américo Ricaldoni; Médico Asistente y Jefe de Clínica en el mismo Instituto bajo la dirección sucesiva de los profesores Caffera y Schroeder; Médico Asistente en la Clínica Médica "C" dirigida por Julio C. García Otero. Tanto en el Instituto de Neurología como en la Clínica Médica desempeñó tareas docentes que le fueron delegadas. En el año 1943 el Profesor García Otero le confió la docencia de un grupo de Semiología del aparato respiratorio, y también un tema para el curso de postgrado.

En cuanto a trabajos científicos se destacan los siguientes: *"Propagación craneana del dolor en la angina de pecho"*, en colaboración con Alberto Amargós; *"Un caso de acromegalia por formación quística de la hipófisis"*, en colaboración con Juan Carlos Plá y Velarde Pérez Fontana; *"Neuro-axitis"* en colaboración con Bernardino Rodríguez; *"Síndrome de Korsakoff*, con José María Estapé; e *"Imagen de infiltrado redondo en el cáncer de pulmón"*.

Sin dudas lo más destacado de la actuación profesional de Eugenio Fulquet se dio en el ámbito gremial y en el universitario. Fue Presidente del Sindicato Médico del Uruguay en el período 1944-1945, según lo observado en el Diploma que le fuera entregado en reconocimiento a su labor.

Junto a Carlos Murguía actuó como delegado profesional en el Consejo Directivo de la Facultad de Medicina (CDFM) hasta 1949. Al despedirlo el Decano Abel Chifflet y el Profesor Crottogini elogiaron la actuación que le correspondió como consejero y como delegado al Consejo Central Universitario (CCU).[197]

En 1950 Eugenio Fulquet fue designado Coordinador y Supervisor de las Escuelas y Cursos de Colaboradores del Médico y reelegido como tal en 1952.[198] Cumplió sus funciones en forma entusiasta y honoraria demostrando laboriosidad y asiduidad. El CDFM llegó a expresar que era uno de los más eficientes colaboradores en un campo de la docencia que la Facultad no había desarrollado hasta entonces.

Ejerció la Presidencia de la Comisión Directiva de la Escuela Universitaria de Enfermería desde sus orígenes, para lo cual fue designado como miembro electo por el Consejo Central Universitario. Continuó como miembro de dicha comisión hasta mayo de 1964, cuando la misma se estructuró en concordancia con lo que establecía la Ley Orgánica de la Universidad. Recibió entonces un pergamino firmado por integrantes de los tres órdenes y por funcionarios no docentes. En el mismo se expresaba "*Para que perdure el recuerdo de la Institución que lo contó entre sus iniciadores y se mantenga vivo el afectuoso reconocimiento a la labor continuada en los 15 años de actividad"*.

Fulquet frecuentemente informaba al CDFM sobre la marcha de los diferentes cursos y escuelas: comienzo y finalización de cursos; ingresos y egresos, cambio de planes de estudio, necesidades de docentes y presupuestales y todo detalle que considerara de interés.

Constancio Castells, en su calidad de Presidente del Sindicato Médico del Uruguay, comunicó a Eugenio Fulquet que en Asamblea General Extraordinaria, estimaron la relevancia de su figura universitaria, su conocimiento de los mecanismos de gobierno de la Universidad así como su tradicional identidad con el sentimiento profesional, para proponerle Miembro del Orden Profesional al Claustro General Universitario.[199] Esta responsabilidad fue aceptada prontamente mediante nota del 19 de agosto de 1959.

Esta notable figura universitaria buscaba solaz en la lectura de grandes autores de la literatura castellana, tanto de autores nacionales como extranjeros. También fue admirador de la música clásica y española. A pesar de ser ateo conocía La Biblia de manera profunda. Amante de la equitación, los domingos hacía paseos a caballo por las playas, entre Carrasco y Atlántida, a menudo llevando a su hijo Gonzalo. Asimismo, disfrutaba de los baños en algunas playas que, entre los años 1940-50, estaban bastante solitarias. Fue dirigente de fútbol "amateur" y Presidente del Club Albión, el cual se unió a River Plate donde también fue directivo; como tal fue fundador de la Liga Profesional del Fútbol Uruguayo. Recibió una medalla de oro que nunca fue a retirar. Aunque no practicaba el polo fue socio fundador del Carrasco Polo Club. Realizó pocos viajes a algunos países de América Latina. Su único viaje intercontinental consistió en ir a España para ver si encontraba en Cataluña algunos descendientes de su familia, en Sant Pol de Mar.

Se destacaba por su apariencia personal pulcra, con impecable peinado, y por su elegancia, vistiendo siempre traje con saco cruzado. Fue gran fumador, lo que posiblemente originó la dificultad respiratoria observable, que podría haberle ocasionado lo que hoy consideramos enfisema pulmonar obstructivo crónico.

Eugenio Fulquet abandonó el ejercicio de la medicina particular cuando identificó que "*había tenido dos flaquezas en su memoria*".Tenía entonces 72 años.

A su fallecimiento el 8 de julio de 1977, en el diario *El Día*[200] apareció una extensa nota sobre su persona. En ella se menciona que fue Miembro Honorario de la Academia Nacional de Medicina, los cargos que ejerció a nivel universitario y su trabajo en el Dispensario Municipal. También se destacan su calidad y calidez humana y su habilidad para salpicar su actuación profesional con jugosas anécdotas lo cual hacía con sencillez, bonhomía y humanismo.

FUENTES Y REFERENCIAS DE LA QUINTA PARTE

1- CDFM. Acta del 2 de julio de 1952

2- Id. Acta del 11 de mayo de 1953.

3- Id. Acta del 14 de agosto de 1944, p: 631.

4- Id. Acta del 9 de mayo de 1946.

5- Id. Acta del 10 de julio de 1947, p: 508.

6- Id. Acta del 12 de febrero de 1948, p: 5.

7- Ibid, p: 7; y Facultad de Medicina. Reglamento de la Sección Auxiliares del Médico, Montevideo, 1954.

8- CDFM. Acta del 13 de mayo de 1948, p: 520-521.

9- Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina. Proyecto de creación. Montevideo, 1952, Facultad de Medicina.

10- *Síntesis*, 1951: 9 (mayo-junio).

11- Marella M: Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina. Montevideo, 1995. Sindicato Médico del Uruguay y Editorial Nordan-Comunidad, pp: 23-31.

12- Ibid, p: 25.

13- *Síntesis*, 1950:5 (junio-julio) y 6 (agosto-setiembre).

14- Id. 1952:19 (agosto-setiembre), 1953:21 (marzo-abril), 1953:26 (noviembre-diciembre).

15- Facultad de Medicina - Escuela de Graduados. Montevideo, 1955, Universidad de la República, 38 páginas.

16- Marella M. Op.cit.

17- Gherardi, A., Nowinski, A., Villalba, S.: Informe de la Comisión Asesora para la provisión titular del cargo de Profesor Agregado de la Unidad Docente sobre Administración de Servicios de Salud. Montevideo, 2003, pp: 8-9. (FDAN).

18- Gherardi A, Ferraro A: Historia del Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Medicina. *Atención Primaria de la Salud*, 1995, 25:2-17.

19- Villar H, Nowinski A, Ripa JC: Enseñanza de la administración médica. Informe a la Facultad de Medicina de la Dirección del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Montevideo, 1971, Hospital de Clínicas. Mimeografiado, 148 páginas.(FDAN).

20- Ibíd, pp.: 31-35.

21- Ibíd, p. 51.

22- La Dirección del Hospital de Clínicas eleva informe de las actividades desarrolladas por los integrantes de la misma en las funciones administrativas, docentes y de investigación en el campo de la Administración Médica. Montevideo, 1973 (FDAN).

23- CDC. Acta Nº 29 del 5 de junio de 1963. Distribuido Nº 329/63. pp: 8–13.

24- Sánchez S: Historia de la Enfermería en Uruguay. Montevideo, 2002, Edit. Trilce, pp:31-38.

25- Scoseria J: La asistencia hospitalaria en el Uruguay. En: 1er. Congreso Médico Nacional; Montevideo del 9 al 16 de abril de 1916. Montevideo, 1917, El Siglo Ilustrado, vol 4, pp:326-333

26- Sánchez S: Op cit.
27- Ibíd, pp: 99-116.
28- Ibíd, p:69.
29- Wangen CMJ: La Nurse en el Hospital. *Acción Sindical.* 1944, Año XXV, Nº 46, p. 39-42 (FDAN).
30- Birn, Anne Emanuelle. Las unidades sanitarias: La Fundación Rockefeller versus el Modelo Cárdenas en México. En: Instituto de Estudios Peruanos; Serie: Estudios Históricos 20. PALTEX. Salud, Cultura y Sociedad en América Latina: nuevas perspectivas históricas. Lima, 1996, IEP/OPS Ediciones.
31- Cueto, M. Los ciclos de la erradicación: La Fundación Rockefeller y la salud pública latinoamericana. 1918-1940. En: Instituto de Estudios Peruanos; Serie: Estudios Históricos 20. PALTEX. Salud, Cultura y Sociedad en América Latina: nuevas perspectivas históricas. Lima, 1996, IEP/OPS Ediciones.
32- Cassinoni, M. A. La Sección Auxiliares del Médico. En: *Memorias del Decanato* 1949-1950 y 1950-1953. Montevideo, 1954, Facultad de Medicina, 250 páginas.
33- CDFM. Acta del 4 de enero de 1951.
34- Facultad de Medicina. Sección Auxiliares del Médico, Montevideo, 1954. pp: 9 -10.
35- Sánchez S: Op cit. pp:129-150.
36- Cassinoni M: Op cit., pp: 115-118.
37- Facultad de Medicina. Sección Auxiliares del Médico, Montevideo, 1954. p. 6-10.
38- CDFM. Acta del 31 de enero de 1950, p: 20.
39- Íd. Acta del 10 de agosto de 1950. p: 213-214.
40- Ibíd.
41- CHC. Acta del 27 de julio de 1951.
42- CDFM. 12 de abril de 1951.
43- Sánchez S: Op cit.
44- CDFM. Acta del 3 de julio de 1952.
45- Sánchez S: Op cit, pp:117-118.
46- Ibíd, pp:117-120.
47- CHC. Acta del 30 de octubre de 1951.
48- Pepe de Oronoz, M J: Hospital de Clínicas, informe de actuación entre el 27 de marzo de 1953 y el 20 junio de 1961. (FDSS).
49- Sánchez, S: Op cit.
50- CHC. Acta del 24 de julio de 1951.
51- Íd. Acta del 21 de agosto de 1951.
52- Wilson E: Creadores de la Neurocirugía Uruguaya. Montevideo, 2006. Ediciones de la Plaza, pp: 107-108.
53- CHC. Acta del 13 de marzo de 1952.
54- Íd. Actas del 27 de enero de 1953 y 6 de octubre de 1953
55- Sánchez S: Op cit, pp: 121-128.
56- CHC. Acta del 9 de junio de 1953.
57- Íd. Acta del 28 de julio de 1953.

58- Íd. Actas del 2 de junio de 1953 y 1º de setiembre de 1953.
59- Íd. Acta del 19 de enero de 1954.
60- Galemire J: Entrevista realizada el 31 de enero de 2008.
61- Pepe de Oronoz MJ: Hospital de Clínicas. Informe de actuación entre el 27 de marzo de 1953 y el 20 de junio de 1961. (FDSS).
62- Galemire J: Entrevista citada.
63- Información aportada por la Lic. Helvecia Varela.
64- CHC. Acta del 14 de mayo de 1954
65- Información aportada por la Lic. Soledad Sánchez
66- Información aportada por la Lic. Mirtha Mut
67- Fiandra O, Astoviza M: Circulación extracorporal. *El Tórax*, Vol. XVIII, Nº 1, Marzo 1969. pp: 68-70.
68- Petruccelli, D. Hace medio siglo se realizó en Uruguay la primera diálisis, en el Hospital de Clínicas. En: *Búsqueda*, 13 de noviembre de 2008, pp: 31-32.
69- Fernández, A. La Técnica de la Diálisis Peritoneal. En: *Boletín de Enfermería. Órgano Independiente Patrocinado por la Asociación de Nurses del Uruguay.* 1958, Año I, Nº 1, (setiembre), pp:5-7.
70- Información aportada por la Lic. Laura Hernández.
71- Petruccelli D, Llopart T, Corio E, Turnes AL: Recuerdos de los comienzos de la Nefrología en Uruguay. Montevideo, 2009, 500 páginas.
72- Pepe de Oronoz M J: Op cit.
73- CHC. Actas del 5 y del 26 de febrero de 1957.
74- Id. Actas del 22 y 25 de julio de 1957
75- Información aportada por la Lic. Laura Hernández
76- CHC. Actas del 20 y del 27 de agosto de 1957.
77- Id. Actas del 11 de julio y del 19 de octubre de 1957
78- Wilson E: Op cit, p:108
79- Información aportada por la Lic. Ida Sánchez
80- Ibarburu D: Informe del Departamento de Enfermería. 1962-1967. Hospital de Clínicas.
81- Ibíd, pp: 3-6.
82- Información aportada por la Enfermera Magister María Recarte Hernández.
83- CDHC. Acta del 5 de julio de 1972.
84- Villar, H., Ibarburu, D., Porta, L., Rodríguez, M.A., Nowinski, A.: Programa de Asistencia Progresiva. Montevideo, 1961, Hospital de Clínicas. (FDSS).
85- CDHC. Acta del 5 de julio de 1972.
86- Sánchez S: Op cit, p: 126
87- CDHC. Acta Nº 16 del 15 de abril de 1985, p: 5
88- Sánchez S: Op cit, pp:121-128.
89- Información aportada por la Lic. Mirtha Mut.
90- Escuela de Nurses. Asuntos 1909-1941, 14 de junio de 1940.
91- Id. Asuntos informados 1943-1950: Nº 18398, 18 de agosto de 1943.
92- Sánchez S: Homenaje a la Profesora Emérita Nurse Dora Ibarburu. *Revista Uruguaya de Enfermería (RUE),* 1989, 1(1):35-37.

93- Sánchez S: Escuela Universitaria de Enfermería. Pasado, presente, futuro. *Revista Uruguaya de Enfermería* 1990, 2(3):12-20.
94- CDFM. Acta del 21 de marzo de 1950.
95- Ibarburu D: Op cit.
96- CDHC. Acta Nº 16, del 15 de abril de 1985, p:5.
97- Información aportada por el Dr. Tabaré González. Entrevista realizada el 3 de abril de 2009.
98- Información aportada por la Lic. en Nutrición Susana Bragaña. Entrevista realizada el día 25 de setiembre de 2007.
99- CDFM. Acta del 11 de marzo de 1948.
100- Íd. Acta del 8 de abril de 1948.
101- Íd. Acta del 16 de setiembre de 1948.
102- Íd. Acta del 22 de abril de 1948.
103- Íd. Acta del 24 de marzo de 1949.
104- Íd. Acta del 5 de mayo de 1949.
105- Íd. Actas del 17 de noviembre de 1949 y del 16 de marzo de 1950.
106- Íd. Actas del 9 y 16 de marzo de 1950.
107- Facultad de Medicina. Sección Auxiliares de Médico. Montevideo, 1954 p: 7.
108- Información aportada por la Lic. en Nutrición Susana Bragaña.
109- CHC. Acta del 2 de diciembre de 1951.
110- Íd. Acta del 5 de junio de 1951.
111- Íd. Acta del 6 de octubre de 1953.
112- Íd. Acta del 22 de junio de 1954.
113- Íd. Acta del 3 de agosto de 1954.
114- Ibíd.
115- CHC. Acta del 27 de julio de 1954.
116- Íd. Acta del 17 de abril de 1956.
117- CDHC. Acta Nº 39 del 19 de octubre de 1961.
118- Información aportada por la Nta. Teresa Antoria. Entrevistas realizadas el 27 de marzo y el 4 de abril de 2008.
119- Kruse HC: La Historia de las Damas de Beneficencia. En: *La Época*, año 1, Nº 14. Suplemento Cultural. 4 de febrero de 1990.
120- Rodríguez Camacho MA: Breve bosquejo histórico de la Escuela Superior de Trabajo Social de la Universidad Autónoma de Sinaloa; http://www.uasnet.mx/ests/historiaests.htm 27/11/2007.
121- Información aportada por la Asistente Social Josefina Silva.
122- Villarroel VG: Tras los pasos de Mary Richmond. El trabajo social en la España del nuevo milenio, http://www.entornosocial.es/content/view/111/48 24/11/2007.
123- Cassinoni M: Op cit., pp: 101-112.
124- Facultad de Medicina. Sección Auxiliares del Médico. Montevideo, 1954, p: 4 y 15.
125- Sánchez S: Op cit, pp: 63-64 y 89.
126- CDFM. Acta del 7 de setiembre de 1948.
127- Íd. Actas del 10 de mayo de 1951 y del 30 de octubre de 1952.

128- CHC. Acta del 20 de octubre de 1952, p: 2.
129- CDFM. Acta del 7 de diciembre de 1953, p: 6.
130- CHC. Acta del 25 de mayo de 1954.
131- Íd. Acta del 21 de setiembre de 1954, p: 6: El Servicio Social Médico del Hospital de Clínicas.
132- Íd. Acta del 28 de setiembre de 1954, p: 6.
133- Dellepiane de Rama, J. El Servicio Médico Social en el Hospital de Clínicas. En: *Boletín de Enfermería. Órgano Independiente patrocinado por la Asociación de Nurses del Uruguay*. 1958, Año 1, Nº 1, (setiembre), p:24-29.
134- CHC. Acta del 26 de noviembre de 1954.
135- Información aportada por Anita Muzikantas, actual jefe del Departamento de Servicio Social. Entrevista realizada el 21 de noviembre de 2007.
136- CHC. Actas del 24 y 26 de abril de 1956.
137- Información aportada por la Asistente Social Josefina Silva Baliñas.
138- CHC. Acta del 30 de agosto de 1955.
139- Íd. Actas del 24 de mayo y 14 de junio de 1955.
140- Dellepiane de Rama J: Op. cit, pp:24 – 29.
141- CHC Acta del 25 de octubre de 1955.
142- Íd. Acta del 22 de noviembre de 1955.
143- Íd. Acta del 3 de enero de 1956.
144- Información aportada por la Asistente Social Josefina Silva Baliñas.
145- Información aportada por la Asistente Social Josefina Silva Baliñas.
146- CHC. Actas del 16 de enero, 21 de febrero y 13 de marzo de 1956.
147- Íd. Acta del 11 de setiembre de 1956.
148- Íd. Acta del 30 de noviembre de 1956.
149- Facultad de Medicina. Sección Auxiliares del Médico. Montevideo, 1954, p:3.
150- CDFM. Acta del 2 de julio de 1952.
151- Íd. Acta del 29 de diciembre de 1949.
152- Íd. Acta del 31 de enero de 1950.
153- Id. Acta del 21 de marzo de 1950.
154- Íd. Acta del 12 de junio de 1952.
155- Íd. Acta del 20 de abril de 1950.
156- Facultad de Medicina. Sección Auxiliares del Médico. Montevideo, 1959, p:17-18.
157- Cassinoni M: Op cit.
158- Rizzi M: Historia de la enseñanza de la otorrinolaringología en Uruguay. *Rev Med Uruguay* 2000, 16(3):174-192.
159- CDFM. Acta del 30 de mayo de 1946.
160- Íd. Acta del 31 de mayo de 1951.
161- Facultad de Medicina. Sección Auxiliares del Médico, Montevideo, 1954, p:8.
162- Universidad de la República. Facultad de Medicina. Sección Auxiliares del Médico. 1959. pp: 10-12.
163- CDFM. Acta del 2 de agosto de 1951.
164- Id. Acta del 9 de setiembre de 1948.
165- Sánchez S: Op cit, p:87.

166- CDFM. Acta del 20 de abril de 1950.
167- Íd. Actas del 6 y 20 de marzo de 1952.
168- Facultad de Medicina. Sección Auxiliares del Médico. Montevideo, 1954 pp: 7-8.
169- CDFM. Actas del 20 de marzo y 20 de junio de 1952 y Facultad de Medicina. Sección Auxiliares del Médico. Montevideo, 1954, pp: 22-23.
170- CHC. Acta del 8 de agosto de 1953.
171- Íd. Acta del 28 de julio de 1953.
172- CDFM. Actas del 7 de julio y 12 de diciembre de 1949.
173- Íd. Acta del 21 de marzo de 1950.
174- Universidad de la República. Facultad de Medicina. Sección Auxiliares del Médico, 1959, pp:13-14.
175- CHC. Acta del 30 de setiembre de 1952.
176- Íd. Acta del 7 de abril de 1953.
177- Íd. Acta del 26 de mayo de 1953.
178- CDFM. Acta del 19 de setiembre de 1949.
179- Íd. Acta del 5 de enero de 1950.
180- CHC. Acta del 12 de abril de 1951.
181- CDFM. Acta del 22 de noviembre de 1951.
182- CHC. Acta del 4 de marzo de 1952.
183- CDFM. Acta del 17 de setiembre de 1953.
184- Íd. Acta del 15 de octubre de 1953.
185- Íd. Acta del 29 de octubre de 1953 y CHC. Acta del 20 de octubre de 1953.
186- Íd. Acta del 4 de octubre de 1955.
187- Íd. Actas del 27 de noviembre de 1955 y 17 de julio de 1956.
188- Universidad de la República. Facultad de Medicina. Sección Auxiliares del Médico. Montevideo, 1959, pp: 19-21.
189- CDFM. Acta del 12 de abril de 1951.
190- Sánchez S: Op cit, p:70.
191- CDFM. Acta del 1 de febrero de 1951.
192- CHC. Acta del 27 de abril de 1951.
193- CDFM. Acta del 10 de mayo de 1951.
194- CHC. Acta del 10 de junio de 1952.
195- Larrosa Vidal I: Memorias de la Licenciatura en Oftalmología. En: Rizzi Castro, M; Borrás Martínez, A: *Historia de la Oftalmología en Uruguay.* Montevideo, 2010, Poen, pp: 163-183.
196- Cassinoni M: Op. cit.
197- CDFM. Acta del 31 de marzo de 1949.
198- Íd. Actas del 31 de enero de 1950 y del 12 de junio de 1952.
199- Castells C: Nota del 13 de agosto de 1959 (En poder de Flia. Fulquet).
200- Dr. Eugenio Fulquet Kliche, *El Día*, 10 de julio de 1977.

SEXTA PARTE

TESTIMONIOS EVOCATIVOS

"... recuperar cosas que están incorporadas a la memoria pero que necesitan de ese acicate externo para ser rescatadas, a veces con deslumbramiento y entusiasmo por el propio entrevistado..."
"Desde los orígenes de la historia como disciplina del saber humano, el primer historiador reconocido como tal, el más antiguo de nuestros pares, Herodoto, fue un inquisitivo viajero, viajero en el doble sentido, en el sentido del espacio y del tiempo. No se quedaba quieto en ningún lugar, pero en todos entrevistaba gente y preguntaba. Y así comenzó la historia como disciplina a andar por el mundo. Es bueno que hoy recuperemos ese modo de elaborar conocimiento histórico".

Carlos Zubillaga*
Ex Decano de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la UdelaR.

* Del discurso en el SMU el 10 de mayo de 1995 a propósito de la presentación del primer tomo de "Fuera de consulta. Reportajes, memorias y proyecciones de nuestra Medicina", de la periodista Arq. Silvia Scarlato.

En las páginas siguientes los autores han recogido testimonios de varios protagonistas de la vida del Hospital de Clínicas en el período analizado que han vivido al Hospital desde perspectivas diversas pero con el mismo sentido de pertenencia y el mismo apego afectivo. Algunos de los actores han fallecido antes de completarse el libro. Entendemos que ello le da un valor agregado a las respuestas, pues su publicación póstuma de alguna manera constituye un homenaje a sus memorias.

La forma de recabar estos testimonios así como la fecha de los mismos ha variado. En algunos casos se trata de entrevistas en que las preguntas están libradas a la voluntad del entrevistador y al desarrollo de las respuestas. En otros casos son entrevistas sobre la base de cinco preguntas reiteradas. En otros, esas cinco preguntas han sido respondidas por escrito en forma total o parcial. En otro caso el testimonio, ofrecido por escrito, no siguió ningún patrón interrogatorio.

En todos los casos se han respetado íntegramente las respuestas, a pesar de que puedan contener errores o contradicciones con lo relatado en el desarrollo histórico.

Para el ordenamiento de estas evocaciones se ha seguido el orden alfabético de los apellidos de los actores, sin relación con el momento en que se procedió a realizar las preguntas. Ellos son:

Dra Dinorah Castiglioni Tula
Dr. Miguel Ángel Donabella
Dra. Eva Fogel de Korc
Dr. Carlos Gómez Haedo
Dr. Tabaré González
Dr. Ernesto Lubin
Sr. Miguel Lladó
Dr. Dante Petruccelli Romero
Dr. Raúl Praderi
Dr. Julio César Priario
Lic. Selva Salaverría
Sr. Juan Verrone

DRA. DINORAH CASTIGLIONI TULA*

1 ¿Cuándo comenzó su vinculación con el Hospital de Clínicas (H.C.); cómo fue el ingreso, en qué servicio, quién era el jefe? ¿Recuerda el equipo que integraba, cómo fue trabajar allí, cuántos años trabajó en el H.C.?

Mi vinculación con el H.C. comenzó en 1954, por ser integrante de la Clínica del Profesor Juan Carlos del Campo, que se trasladó del H. Maciel al Piso 10 del H.C. en esa época.



El H.C. estaba trabajando con una Clínica Médica a cargo del Prof. Purriel en Piso 8 y otra Quirúrgica que dirigía el Prof. Stajano en Piso 9.
El ingreso estuvo rodeado de gran entusiasmo y mucha expectativa. Estábamos inaugurando un Servicio en el Hospital Universitario, había que hacer y organizar muchas cosas, porque antes de la llegada del Servicio del Prof. Purriel al Hospital, éste había estado organizado sin pacientes, y había muchas cosas que cambiar con la presencia de los enfermos.
Eran tiempos de desafío, y esto nos motivaba mucho a los que trabajábamos allí y queríamos que el primer Hospital Universitario de nuestro país tuviera éxito.
Yo llegué al H.C. como grado 2 de Clínica Quirúrgica (en aquella época se denominaba Jefe de Clínica). El equipo que trabajaba en el Servicio del Prof. del Campo estaba integrado por personal rentado y también honorario. Además del Jefe de Servicio Prof. del Campo estaban el Prof. Eduardo Palma, Prof. José Piquinela, Prof. José Pedro Otero, Prof. Juan E. Cendán Alfonzo, y los

* Entrevista realizada el 21 de octubre de 2010 por Antonio Turnes y Eduardo Wilson, revisada y corregida por la Dra. Castiglioni.

Dres. Máximo Karlen, Alberto Valls, Muzio Marella, Federico Latourrette, Javier Mendívil, Omar Barreneche, Enrique Alba, Pierre Gibert, Boris Asiner, María Angélica Dell´Oca, Mary Varalla, Roberto San Martín, Aníbal Sanjinés, y Alba Osores. Años más tarde se incorporaron a la Clínica los profesores Bonifacio Urioste, Roberto Rubio, Oscar Bermúdez y los Dres. Manuel Albo, Juan Hornblas, José Trostchansky, y un médico argentino cuyo nombre lamentablemente no recuerdo pero que prestó una eficiente colaboración honoraria.

En cuanto a cómo era trabajar en las primeras etapas del hospital, hay que decir que todos trabajábamos con entusiasmo porque estábamos creando un hospital, pero tuvimos algunas dificultades para crear el ambiente adecuado, porque al ser una entidad que había empezado a trabajar diríamos que en "seco", con Dirección, Enfermería, Dietistas, etcétera, etcétera, pero sin enfermos, esto alteró un poco la situación de los médicos que parecía que debían estar supeditados a Dirección y Enfermería y no a los pacientes. Con la puesta en marcha de los Servicios esto se arregló rápidamente sin mayores problemas.

Esos primeros tiempos del H.C. tuvieron características muy especiales que no se repitieron con el pasar del tiempo. Por ejemplo, los médicos no podíamos usar túnicas particulares, tenían que ser del Hospital, y a los enfermos se les daba pijamas y camisones de lienzo del Hospital, chinelas y saltos de cama sin poder usar nada particular. Esto no duró mucho tiempo, porque la Lavandería destrozaba mucho la ropa y era muy oneroso reponerla a medida que aumentaba la población hospitalaria.

El Servicio de Emergencia del H.C. en los primeros tiempos del hospital trabajaba poco, porque tanto la población como las ambulancias estaban acostumbradas a recurrir a las Emergencias de Salud Pública.

De todas maneras, había que cubrir las Guardias y tener personal en Puerta, y las Clínicas tenían que cubrir las Guardias en forma honoraria. No existía todavía un Servicio de Emergencia como hubo después.

Las Guardias de Cirugía las cubrían el Servicio del Prof. Stajano y el del Prof. del Campo. Las de Medicina, el Servicio del Prof. Purriel.

Las guardias se hacían en forma honoraria, veinticuatro horas semanales y nadie se quejaba por exceso de trabajo ni pedía aumento de sueldo, se hacían con mucho gusto porque estábamos colaborando con el Hospital Universitario.

Había un grado 2 de Cirugía y un Interno dentro del hospital en Puerta, y un grado 4 de retén en domicilio a la orden telefónica las 24hs.

Cuando poco a poco fue aumentando el ritmo de trabajo, se organizó en otra forma el Servicio de Emergencia y comenzó a funcionar independiente de las Clínicas.

El que dio una muy buena organización al Servicio de Emergencia fue el Prof. Guaymirán Ríos Bruno, que logró hacer una Clínica de Emergencia en la que no solamente se hacía una excelente asistencia sino que también tenía una muy

buena docencia. Fue una época de oro del Servicio que tuve el gusto de conocer a fondo al trabajar en él hasta 1976, año en que me separé del H.C. para ocupar el cargo de Prof. Agregado de Clínica Quirúrgica en el Hospital Maciel.
En el H.C. trabajé más de veinte años en la Clínica Quirúrgica del Prof. del Campo y en el Servicio de Emergencia.
Las Nurses que pusieron en marcha el H.C. eran Nurses graduadas en la Escuela de Enfermería Carlos Nery, excelente nurses que colaboraron mucho y muy bien para poner en marcha el Hospital.
Las primeras Nurses graduadas en la Escuela Universitaria de Enfermería vinieron después. La primera graduación fue en el año 1953. Su incorporación a las tareas del H.C. mejoró mucho la asistencia en Sala.
La Anestesiología en un principio no estaba organizada como Servicio. Se contaba con la buena voluntad y vocación de servicio de anestesistas de gran categoría como los doctores Alfredo Pernin, Antonio Cañellas, Walter Fernández Oria y algunos cuyo nombre no recuerdo. Más adelante se organizó como servicio con personal rentado, un Profesor de Anestesiología y los distintos grados del escalafón docente.

2 ¿Qué fue para Usted lo más importante del trabajo del H.C. o qué le aportó ese tiempo de trabajo en el H.C.?

Lo que me gustaba mucho era el ambiente docente, la posibilidad de unir la parte asistencial, la Cirugía, con la Docencia, docencia orientada no solamente a dar conocimientos científicos sino también Ética médica.
El Prof. del Campo inculcaba un gran respeto por el enfermo. Una de sus frases, muy conocida por sus discípulos era "en Cirugía, más importante que lo que se saca es cómo queda lo que queda", es decir, el paciente. Esto abogaba por hacer una cirugía que brindara confort de vida al enfermo, sin hacer cirugías excesivas que hicieran peligrar su calidad de vida post operatoria.
En el hospital se trabajaba muy bien, se trabajaba mucho pero se hacía buena asistencia y excelente docencia, se consideraba a los Estudiantes como algo muy importante a tener siempre en cuenta en el funcionamiento del hospital.

3 ¿Cómo era el Hospital de entonces?

Cuando recién llegamos había que organizar todo, Policlínicas, Emergencia, Anestesiología, funcionamiento del Piso Quirúrgico, Recuperación Anestésica, etcétera, etcétera, pero poco a poco se lograron las cosas con la satisfacción de que eran el producto del trabajo de todos.
Cuando estuvo de Director el Dr. Boix introdujo la informática en el Hospital en 1975 e hizo algunas reformas edilicias que mejoraron el funcionamiento.

Se insistía mucho en la calidad de la Historia Clínica como documento para el paciente y para posibles investigaciones científicas.
Se trabajaba con dificultades económicas pero sin grandes carencias como hubo después. Les recuerdo que yo trabajé hasta el año 1976, después de esa fecha no puedo opinar.

4 ¿Qué recuerda como lo mejor y lo peor que usted haya presenciado en su historia [vinculada a su pasaje por el H.C.]?

Lo mejor fue ver en el transcurso de los veinte años que trabajé en él cómo el hospital se transformó en un hospital de referencia que brindaba una asistencia excelente y en él se hacía una muy buena docencia que motivaba que a menudo venían becarios de otros países de América del Sur gracias al prestigio que tenía el Hospital cuando llegó a funcionar a pleno.
Lo peor era la verticalidad del edificio. Cuando se puso la piedra fundamental, en 1930, era el tipo de hospital que se utilizaba y fue magistralmente concebido y proyectado por el Arquitecto Surraco, pero en 1953, cuando empezó a funcionar, se consideraba que los hospitales debían estar en varios pabellones de cuatro o cinco pisos y no en uno de veinte pisos. Esta verticalidad trajo muchos problemas pues además los ascensores nunca resultaron suficientes, y cuando la cirugía se hacía solamente en el piso 17 en ciertas emergencias resultaba un riesgo por la pérdida de tiempo en el traslado.
Una vez estando yo de guardia en Emergencia se inundaron las Salas de Máquinas del Hospital y todo el edificio quedó sin electricidad, es decir sin ascensores. Hubo que organizar guardias de Ginecólogos para atender partos, hacer postas de funcionarios cada cuatro o cinco pisos para poder hacer llegar los alimentos a los pacientes. Surgieron una serie de problemas que afortunadamente se solucionaron en 24 horas.
Los ascensores fueron siempre un problema en el funcionamiento del H.C. especialmente en las horas pico. Cuando trabajábamos en Piso 10, a mediodía preferíamos bajar los diez pisos por escalera a tener que esperar el ascensor.

5 ¿Qué le gustaría que ocurriese en el H.C.?

Que contara con los medios económicos y los recursos humanos como para poder volver a brindar la asistencia y la docencia que le dieron mucho prestigio en otras épocas.

DR. MIGUEL ÁNGEL DONABELLA*

1.- ¿Cuándo comenzó su vinculación con el HC; cómo fue el ingreso, en qué servicio, quién era el jefe; si recuerda el equipo que integraba, cómo fue trabajar allí, cuántos años trabajó en el HC?



Mi señora entró como auxiliar de enfermería en el 55 y yo en el 58.

El Departamento de Enfermería preparó, al comienzo, sólo personal femenino, pero cuando se inauguró la sala de Urología, ya sea por recomendación de los urólogos o por orden de éstos, hicieron de apuro un curso para auxiliares masculinos y yo que ya estaba creo que en Preparatorios de Medicina y trabajaba en metalurgia, con horario de 8 horas cortado, el horario probable de 6 horas corridas que funcionaba en el Hospital de Clínicas me venía bárbaro y me inscribí. Entramos los 25 muchachos inmediatamente. Ingresé, por supuesto, al servicio de Urología.

Los jefes fueron, sucesivamente, primero el Prof. Pereyra y luego el Prof. Frank A. Hughes. El equipo lo integraban entre otros, Juan Carlos Lorenzo, Héctor Schenone. Trabajé con ellos unos 12 años, hasta que me recibí.

2.- ¿Qué fue para usted lo más importante del trabajo del HC, o qué le aportó ese tiempo de trabajo en el Hospital?

Lo más importante es lo que ya describí. Pero podría sintetizarlo en una descripción somera de algunos aspectos que creo se conocen poco o se jerarquizan menos:

* Auxiliar de Enfermería, luego Médico, que trabajó en los años fundacionales del Hospital de Clínicas.

El Hospital de Clínicas fue concebido para atender a la gente humilde, como príncipes. Su impresionante hall central, brillante e impecable, daba acceso a múltiples servicios. Sus 8 ascensores conectaban a los 19 pisos, no todos habilitados.

Al paciente que ingresaba (no urgente por supuesto), se le solicitaba amablemente su ropa y pertenencias, que se guardaba en unos sacos especiales de lona muy gruesa que parecían valijas con cierre y cerradura y una gran solapera con sus datos. Se le proporcionaba: ropa blanca -pijama y robe de chambre- y pantuflas de franela. Se le invitaba al baño con su toalla y jabón. (Algunos paisanos se enojaban). Se le conducía en sillón de ruedas por más bien que estuviese hasta su cama. Se le presentaba al personal de enfermería y en su oportunidad al de servicio. Se le explicaba de todo lo que podía disponer: baños, violines, solarios, hall central, etc.

El paciente o su acompañante tenían a su disposición una perilla que a través de un cordón podía llegar hasta la cama para llamar. Si el paciente lo utilizaba sonaba en la enfermería en un panel de luces que se prendía simultáneamente con el número de cama. Al mismo tiempo se prendía una luz en el hall central con el número de sala origen del llamado, donde un vigilante en un escritorio con teléfono controlaba este hecho; simultáneamente se prendía una luz en el Departamento de Enfermería, en planta baja donde una nurse supervisora localizaba en qué piso y sala estaban solicitando atención de enfermería.

Era muy difícil -con esta infraestructura- que pasaran más de 30 segundos sin que el paciente fuera atendido.

Las salas generales contaban con 12 camas excelentes (un poco altas, más aptas para las maniobras médicas y de enfermería que para los pacientes) separadas por amplios espacios y con una zona central donde había una mesa grande y sillas sobre todo para el trabajo con las historias de médicos y practicantes y lugar para circular cómodamente con carro de curaciones o de historias. Las camas tenían grandes ruedas para desplazar a los pacientes para estudios y tratamientos. A cada cama con su mesita de luz correspondía una gran ventana protegida por una excelente cortina de una especie de hule que se enrollaba o se desplegaba según necesidad.

El elegante carro de historias contaba con un cajón tipo bandeja para cada historia, un compartimiento para la papelería y un negatoscopio.

Los aislamientos eran 4: 2 de una unidad y 2 de 2. Todo unido por corredores amplios donde circulaba el personal médico, de enfermería, de limpieza y acompañantes.

Disponía cada sala de un solario para que los pacientes que podían tuvieran oportunidad de entretenerse, convivir, y gozar de la maravillosa vista de la ciudad desde un décimo piso.

Cada sala tenía 2 enfermerías; una "limpia" donde se guardaba y preparaba la medicación que comunicaba con el escritorio de la "nurse" donde se realizaba

la labor administrativa, y otra "sucia" donde se limpiaba y controlaban violines, chatas etc. y se controlaba la orina rigurosamente.

Uno de los trabajos desagradables para un auxiliar de enfermería es procesar las chatas con materias fecales. Pues bien en dicha enfermería había un "lavachatas " de acero inoxidable. La auxiliar de enfermería presionaba un pedal con el pie, el lavachatas se abría, la chata se colocaba en un soporte especial, el lavachatas se cerraba, al soltar el pedal, presionaba una palanca y un chorro de agua a 100º y a una presión de bombero se volcaba contra la chata también de acero inoxidable durante unos 3 minutos; esta salía seca, brillante y prácticamente estéril.

Como lo podrán comprobar, la estructura se mantiene. Cada piso tenía dos alas, unidas (o separadas) por un hall central con enormes ventanas donde platicaban los pacientes de ambas alas (oeste de hombres, este de mujeres). Un ancho corredor las unía y a su vez las conectaba con los diversos servicios: social, tisanerías, baños de personal etc. En la punta de cada ala había un ascensor para la ropa sucia, basura, elementos de limpieza, fallecidos etc. Cada corredor terminaba en un amplio balcón al aire libre (que a raíz del suicidio de un paciente fue clausurado). La vista de Montevideo y del mar desde allí es realmente un encanto.

El hall central estaba separado por una gran mampara de vidrio de una zona donde estaba el escritorio del vigilante y los 4 ascensores centrales. A su vez, a este espacio le seguía hacia el sur, el "ala docente" donde había un anfiteatro con asientos en madera, provisto de pizarrón desplazable, panel de proyecciones, escritorio y camilla, y provisto de grandes ventanas y cortinas oscuras. Lo seguían los escritorios de los profesores de cátedra, sus secretarias, los vestuarios para el personal docente y estudiantes y los baños.

En el Clínicas no existía el invierno; un sistema de calefacción excelente entibiaba todos los rincones del piso.

3.- ¿Cómo era el Hospital de entonces?

Tenía varias cualidades que lo hacían totalmente diferente de los demás hospitales conocidos en el país hasta entonces. Veamos algunos ejemplos: la comida que se servía a los pacientes y funcionarios.

La cocina del HC tiene el tamaño más o menos de una cancha de básquet ball. Un largo mostrador de metal mantenido a una temperatura de unos 50º, recibía las bandejas de comidas en unas enormes marmitas de acero inoxidable, de una calidad hotelera. Las bandejas se colocaban en carros termos mantenidos a igual temperatura hasta su distribución. Ascensores especiales los transportaban hasta las tisanerías de cada piso. Los platos y tazas eran de loza; los cubiertos de acero inoxidable. La comida llegaba a manos del paciente a una temperatura ideal. El desayuno y las colaciones llegaban a las tisanerías transportados por unos montacargas especiales que conectaban las tisanerías con la cocina. Equipadas

con todo: grandes mesadas de mármol, piletas, y heladeras de 4 puertas. Que las quisieran tener algunos hoteles. Todo gobernado por dietistas.

Había una tisanería por cada ala.

Lo distinguía asimismo la ropa, la que se proveía a los pacientes y la que se entregaba a los funcionarios de todas las categorías y escalafones, tanto profesionales como no profesionales. Cada funcionario llevaba un uniforme que lo identificaba.

El enorme lavadero con sus 6 lavadoras de 3 mts. de diámetro y sus planchadoras de cinta de 15 mts. de largo procesaba la ropa de 600 camas y pacientes y de casi mil funcionarios médicos y no médicos.

La ropería en el piso 14 distribuía la ropa.

El cambio de ropa de cama y pacientes, se hacía prácticamente a diario.

El centro de materiales en el piso18 procesaba y distribuía todo el material estéril.

Tres enormes calderas hacían llegar hasta el piso 18 el agua a 100º.

El lavadero, la cocina, las calderas y los departamentos de mantenimiento se ubicaban en el subsuelo.

Más abajo: la morgue con una docena de heladeras especiales para conservar los cuerpos.

En el piso 17, se ubicaban los blocks quirúrgicos de última generación, que tenían en su techo ventanas especiales que comunicaban con un anfiteatro circular para que, quien quisiera, pero sobre todo los estudiantes de Medicina, Enfermería u otras disciplinas, pudiera presenciar los actos quirúrgicos.

Esto creo que es lo que ha cambiado, aunque hay actualmente, sectores como el CENAQUE y el Centro de Medicina Nuclear que recuerdan el Hospital de Clínicas de aquellos tiempos.

4.- ¿Qué recuerda como lo mejor y lo peor que usted haya presenciado en su historia, vinculada a su pasaje por el Hospital de Clínicas?

Lo mejor, fue que en mi formación me aportó lo que apliqué frecuentemente en mi carrera, luego, como médico, radicado en el Interior, en Rafael Peraza, departamento de San José. El conocimiento del ser humano sufriendo.

Lo peor, tal vez, sin que ello fuera de mucha importancia: la frialdad y rigidez con que trataban al personal inferior. No existía como hoy el calor humano que debe unir a la gente en su trabajo en cualquier lugar que ocupe en la escala jerárquica.

5.- ¿Qué le gustaría que ocurriese en el HC?

Que volviese al 55, cuando mi esposa y luego yo, nos incorporamos a ese hospital.

DRA. EVA FOGEL*

¿Cuándo fue tu ingreso al Hospital de Clínicas? ¿En qué Servicio y quién era tu jefe? ¿Recuerdas el equipo que integrabas? ¿Cómo fue trabajar allí? ¿Cuántos años trabajaste en el Hospital de Clínicas y cómo fue tu evolución laboral dentro del mismo hasta el retiro?



Casi "nací" en el Hospital. El Hospital de Clínicas abrió en setiembre de 1953. En aquel momento era practicante interno del Servicio del Prof. Dr. Pablo Purriel, que estaba en el Hospital Maciel. Una parte de ese Servicio se mudó en setiembre al Hospital de Clínicas, cuando se inauguró, y otra parte quedó en el Maciel. El Dr. Purriel completó su equipo en enero de 1954 y ahí fue donde yo entré. Creo que fue el 3 de enero, un fin de semana. Entré al Hospital en 1954 y salí en 1992, o sea que mi trayectoria allí fue de casi cuarenta años, una vida. Fui viendo cómo se iban incorporando todos los Servicios. El del Dr. Purriel fue el primero, y vi cómo fue creciendo y ampliándose todo el Hospital con sus Salas.

Cuando entré como practicante interno, era un privilegio. Había en el Servicio un practicante interno, dos médicos y dos cirujanos. O sea que pasé a ser "la niña mimada". Me consideraba la "mimada" porque estaba con cuatro médicos.

¿Ese era el equipo de guardia?

Sí, pero también en Piso éramos pocos, porque hablamos de la Sala 1 y de la Sala 2, una de hombres y otra de mujeres. Eso era de Medicina y al poquito

* Entrevista realizada por Eduardo Wilson en 9 de junio de 2008.

tiempo vino el Servicio del Dr. Stajano. La Emergencia funcionaba solamente desde las 8 de la mañana hasta las 11 de la noche. Ahí se cerraba la puerta. Si venía alguna urgencia, no entraba por la puerta de Emergencia sino por la puerta principal y la atendíamos en el Piso 8.

¿O sea que desde las 23 a las 8 tú seguías en la guardia no de Emergencia sino de Piso?

Claro. Tenía mi lugar para dormir en el Piso 19, con un lujo asiático, pero nunca dormí. Lo que puedo decir es que mi habitación en el Piso 19 no la tendría hoy en el hotel más lujoso del Uruguay. En aquel momento empezó la Escuela de Enfermería. Las estudiantes se alojaban en el Piso 3, la mayoría llegadas del Interior. Siempre había alguna consulta; el practicante estaba toda la noche y todo el día trabajando. Era una época de oro.

Eras la única practicante de guardia durante 24 horas. ¿Con qué frecuencia se hacía esa guardia?

Una vez por semana, y los domingos eran rotativos cada seis.

¿O sea que en todo el Hospital había seis practicantes?

Que yo recuerde, sí. Teníamos la llave de la cocina por si queríamos comer algo. En la heladera había todo lo que se pudiera imaginar: comida importada y nacional, todo tipo de frutas, fiambres. Fue una época muy especial.

¿Eras la única practicante en Piso?

No me acuerdo. Sé que éramos seis en total: tres de Medicina y tres de Cirugía. En los primeros meses había solo de Medicina ya que, por más que hubiera cirujanos por cualquier emergencia quirúrgica, el Servicio de Cirugía todavía no había llegado. Este llegó después de enero de 1954, desfasado con el de Medicina, y fue el Servicio del Prof. Dr. Stajano.

Cuando entré, los médicos que estaban conmigo eran los Dres. Eduardo Yannicelli y Héctor Artecona. Dante Tomalino y Olga Muras, entre otros, todavía no estaban en el Clínicas. Si bien el Servicio empezó en setiembre, fuimos yendo poco a poco y no todos juntos, hasta que finalmente se completó y todo el Servicio pasó del Hospital Maciel al Clínicas.

En esos primeros meses el Dr. Purriel compartía su tiempo entre el Hospital de Clínicas y el Hospital Maciel. El Servicio estaba muy bien equipado y también lo estaba la Emergencia. Recuerdo que el Dr. Yannicelli me enseñó a hacer cateterismos en Emergencia. Después no sé qué se hizo del equipo. Como

éramos los únicos internos, con cuatro médicos, absorbíamos todo lo que nos enseñaban.

Seguí como interna todo 1954. Terminé el 30 de marzo de 1955 y me gradué el 1° de abril del mismo año. En ese momento prácticamente estaban habilitadas todas las Salas del Piso 8. Era interna del grupo del Dr. Omar Etorena. Cuando terminé el internado quedé sin cargo, lo que me trajo una situación económica muy mala. Traté de ingresar a la Asistencia Externa, que me sirvió para defenderme en ese momento.

El Dr. Etorena estaba preparando por segunda vez el Grado 2. Yo estaba como interna de él y lo preparé con él. En setiembre me largué a concursar el Grado 2 junto a 28 personas más. En el interín, el Dr. Purriel me había nombrado Auxiliar de Semiología para dar clases, ya que habían comenzado los cursos formales de tercer año en el Hospital.

¿Entraste en ese concurso de setiembre? Me llama la atención el número de gente que se presentó, muchos más que ahora.

Sí, 28 concursantes para cinco cargos.

¿Con quiénes entraste al cargo de Grado 2?

Con Tito Fischer, Mario Medina, Luis Campalans, entre otros. Era impresionante la cantidad de gente que se presentaba. Además, los profesores tenían sus “caballitos”.

¿Recuerdas el tribunal?

Estaban los Profs. Dres. Purriel, Julio García Otero, Orestes Vidovich y Gonzalo Fernández. Entré en ese concurso pero ya venía dando clases de antes.

Para recibirme, pedí mesa especial y esa fue una experiencia inolvidable, porque no faltó nadie del Hospital a presenciar el examen. En aquel momento teníamos un privilegio -no sé si ahora lo tienen- y constituíamos una entidad muy fuerte. El examen era como una clase y venían todos los estudiantes y médicos. Cuando terminé, me felicitaron y el Prof. García Otero me dijo: “¿Te vas a quedar acá?”, refiriéndose al Servicio de Purriel. Yo le dije que era fiel y que me iba a quedar. En aquel examen final, para ver qué enfermo me iba a tocar, pusieron dos papelitos. Yo saqué uno y me tocó un enfermo del Piso 8. Estaba contenta porque era interna del Piso 8. Luego del examen me preguntaron: “¿Querés sacar el otro papelito para ver qué te hubiese tocado?”. Lo saqué y vi que era un nanismo renal, cosa que nunca en mi vida había visto. Me tiraron a matar.

En aquel momento, al Grado 2 del Hospital de Clínicas le correspondía la atención en las Salas, la guardia gratuita de 24 horas, una vez por semana, y un domingo cada seis, y una policlínica en la tarde. Todo eso estaba incluido en el mismo salario, que era simbólico. Desde que empezó el Servicio de Purriel, hacíamos policlínicas en la tarde, que eran sobre todo de especialidades.

¿Había otras policlínicas que no fueran las del Servicio de Medicina de Purriel?

No recuerdo. La gente de Purriel trabajábamos en la policlínica de la tarde una vez por semana. Teníamos obligación de hacerla.

A las 7:30 teníamos obligación de estar en el Hospital, esperando a los estudiantes y no al revés. Debíamos tener elegido el paciente, la historia clínica y todo lo demás. El primero en llegar era el propio Purriel, que estaba en el Hospital a las 7. Era de un gran rigor, y controlaba la docencia y la asistencia. Ojalá ahora las historias clínicas se hicieran como se hacían en aquel momento, con la evolución del paciente. Si no estaban hechas, escondíamos al enfermo en el baño, con su historia y todo, y decíamos que estaba en Rayos.

¿Cómo era el formato de las historias?

Eran perfectas. Al darse el alta, el Grado 2 cerraba la historia clínica, el Grado 3 la controlaba y el Grado 4 la firmaba. De vez en cuando, el Profesor Grado 5 sacaba al azar una historia para controlarla.

¿Se pasaban en limpio a máquina?

Sí.

¿O sea que cuando el paciente era dado de alta, todo era absolutamente legible?

Lo único manuscrito era la hoja de evolución, pero todo lo demás se pasaba a máquina. Y los exámenes de laboratorio se incluían todos en la historia, igual que sus resultados. Había un control de las historias.

No podría decir nada que faltara en cuanto a la asistencia, ya que estábamos muy controlados. El Grado 2 no estaba solo, sino apoyado por el Grado 3 y éste por el Grado 4. El Grado 5 pasaba visita todas las semanas a una Sala, en cualquier momento.

¿Cómo era la distribución de tu tiempo en el Piso 8?

Llegábamos a las 7:30 y el Servicio empezaba a funcionar con estudiantes a las 8 en punto hasta las 10. Luego había que pasar visita, ir a los *rounds*, a los ateneos. O sea que teníamos ocupada toda la mañana.

¿El Profesor pasaba visita a todas las Salas, todos los días?

No, hacía visita por una Sala toda la mañana -hablamos de seis Salas-, de improviso, para controlar. El control por parte de Purriel y de la gente que trabajaba con él, como Tomalino, Muras y Bouton, era increíble. El Prof. Dr. Jorge Bouton fue un gran apoyo en la preparación de concursos y en mi formación. Lo conocía de mucho antes, ya que atendía a su familia, por lo que había un vínculo muy fuerte. Cuando preparé el concurso me dijo: "Te voy a enseñar al estilo marxista-leninista", y así fue. Lamentablemente, fui la única que lo acompañó cuando le dieron la baja. Tuvo que ir a Personal a firmar el comunicado que decía que se tenía que retirar y que no podía entrar más al Hospital….

Cuando tomaste posesión del cargo de Grado 2, ¿ya estaba todo el Servicio entero en el Hospital de Clínicas, con Bouton, Tomalino, Muras, Artecona...?

...Dora Carlota, Ruth Sánchez, Eduardo Yannicelli, Salo Wainrach, Adolfo Fabius, y venía mucha gente, como Mussio Fournier, Félix Leborgne, porque los martes había un *round* y los jueves ateneo.

La Emergencia era otro ítem importante. Los internos ni siquiera se podían acostar.

Como Grado 2, también tenías que hacer 24 horas de guardia, una vez por semana, de forma honoraria. ¿Cómo fue aumentando el trabajo en los años siguientes? ¿Cómo fueron cambiando las características de la asistencia?

Con Purriel tenía que haber cambios todos los días. Él venía a las Salas y nos preguntaba a cada uno por separado: "¿Qué proyecto de trabajo tiene usted hoy?". De modo que alguien tenía que llevar algún proyecto y hacer algo. Ahí se hicieron las primeras punciones biópsicas renales y otros procedimientos que no se realizaban hasta ese momento. Había una inquietud por hacer porque él la trasmitía. Nos estimulaba a salir a aprender, recibía gente, había un contacto muy fuerte con los médicos del interior. Incluso, cuando se cerraba la historia, a la gente que venía del interior se le daba una copia para que la entregara a su

médico tratante. Hacíamos una monografía o una tesis, se trabajaba muchísimo. Es cierto que después eso fue decayendo, pero a cada uno le fue como quiso. El que tenía interés en trabajar, tenía todas las posibilidades de hacerlo, ya que Purriel le abría las puertas. Y el que no, bueno, no todos eran iguales...

¿Cuándo se empezó a sentir la abundancia de estudiantes?

Lo máximo que tuve fueron 14 estudiantes en un grupo. Como Grado 3 era otro nivel. Los concursos eran brutales, ya que había mucha gente para el mismo cargo. Yo era de las más chicas, ya que antes de terminar el Grado 2 concursé para el Grado 3. Ya el Grado 4 lo hice en Emergencia. En ese momento, el Prof. Purriel se había ido para el Ministerio de Salud Pública, y la situación empezó a declinar. Eran finales de los años 60, cuando empezó a haber problemas con el espacio físico, ya que la demanda de Emergencia fue creciendo por parte de los pacientes. También hubo problemas porque los Jefes cambiaban mucho, rotaban. Estaban José Pedro Ibarra, Walter García Fontes, José P. Cirillo, Gonzalo Fernández. El primer contrato pago en Emergencia lo hizo el Prof. García Otero, en 1957. Ahí entramos contratados, con sueldo. No estaban todos los escalafones. Los médicos de guardia éramos el equivalente al Grado 2.

¿Eso era compatible con un cargo docente en Piso?

En aquel momento tenía un cargo de Grado 2 pero era en el Fermín Ferreira.

¿O sea que a partir de 1957 empezó a ser un Servicio real?

Sí, aunque no estaban todos los escalafones. Eran cargos de Emergencia, contratados. Había Jefes simplemente.

¿Y el médico o cirujano de guardia?

Era el equivalente al Grado 2.

¿En Emergencia estuviste hasta 1993?

Un poco antes. En el interín fue un tema muy cuestionado políticamente quién quedaba o no en Emergencia, y finalmente, a fines de 1972 o comienzos de 1973 se crearon todos los escalafones. Ahí fue cuando entró Ríos Bruno, como Grado 5, con quien llegué a Grado 4.

¿Previo a eso estuvo García Fontes?

También estuvo Abel Proto.

Pero esos no fueron los cargos definitivos.

No, los definitivos, con Grados formales y resolución del Consejo de la Facultad, fueron a partir de Ríos. Eran dos cirujanos, Profesores Agregados, dos médicos, también Profesores Agregados, y después estaban los Grado 3 y Grado 2.

La etapa de oro de los primeros tres años del Hospital de Clínicas lógicamente también incluyó el problema de la Dirección, que se vivió. En la Dirección iban y venían personas. Estaba Almenara, que era peruano. Se hablaba del "Fantasma Benito", que andaba por ahí y no se sabía por dónde iba a aparecer.

¿Recuerdas quiénes estaban en la Dirección en 1953, cuando tú llegaste? ¿Recuerdas a Pedroso, brasileño, o a Enríquez, que era chileno?

A Enríquez lo recuerdo, incluso su aspecto físico. Eran todos directores muy buenos. De todas formas, el contacto con la Dirección era muy distante. Y en el 60 llegó Villar, que vivía en el Piso 18 con su familia. No me puedo olvidar de él saliendo con el camión a comprar la verdura al Mercado, porque el Hospital estaba en decadencia económica y debía comprar más barato.

Seguí en Emergencia. Durante los años 60 el ambiente estaba muy politizado y empezaron los problemas. No se hablaba nada porque nunca se sabía con quién se estaba hablando. La gente tenía miedo de hablar. La comunicación fue cada vez menor. Eso pesaba mucho porque empezó a crear un distanciamiento.

¿Ahí estabas solo en Emergencia?

Estaba en los dos lados. Hice el Grado 2 en el Fermín Ferreira. Luego entré como Grado 3 nuevamente en el Hospital de Clínicas. Fueron tres años que estuve ausente del Piso 8, pero estaba en Emergencia. No me fui del Hospital.

Esa politización, ¿la veías tanto en el Servicio como en Emergencia?

No, en Emergencia no, pero el Piso 8 sí estaba muy politizado. Uno no sabía cómo comportarse.

¿Eso creaba problemas a nivel asistencial o en la docencia?

No, eso no repercutía ni en los estudiantes ni entre los docentes, pero sí en la vida de cada uno. Yo no sabía qué hacer, si firmar o no firmar algo, o qué decir. Todo eso complicó la existencia en forma brutal.

Fue una época muy difícil, tremenda. Me refiero a los años 60, 70 y hasta el 80.

Durante la dictadura los militantes de izquierda habían desaparecido de los cuadros docentes ¿de política no se podía hablar?

No se hablaba. Ni siquiera en una conversación privada. Incluso en Emergencia, donde uno convivía las 24 horas con la gente, no sabías con quién hablabas. Había situaciones que se veían en Emergencia y que impactaban mucho, ya que venían los médicos de los Servicios, los pacientes que llegaban de la calle. Fue una época muy difícil, donde incluso teníamos miedo entre nosotros.

¿Qué consideras como lo más horrible que te tocó vivir?

Lo más horrible fue la decadencia económica del Hospital, que empezó a fines de los 50, cuando ya casi no había comida, ropa, ni camas suficientes. A fines de los 60 a veces apenas conseguíamos un colchón para poner en el piso, porque la demanda era muy fuerte. Había un promedio de entre 120 y 150 personas que consultaban por guardia. No alcanzaban las camas en los Pisos, ni las camillas en Emergencia. La comida ya había comenzado a decaer cuando yo trabajaba de Grado 2, cuando había mondongo de mañana, de tarde y de noche. Claro que la gente se olvidó cuando antes venían las bandejas de jamón crudo y cocido, y todo lo demás. Hubo una época con un servicio brutal y luego vino el tiempo del mondongo para todos.

Aun así tengo muy gratos recuerdos del Hospital, donde uno daba todo de sí. En aquella época ningún médico se escapaba y estábamos permanentemente de guardia. De pronto, no tenían qué comer pero no recuerdo que hubiera multiempleo como ahora. Estaban muy controlados y no salían. Tenían puesta la camiseta de la Medicina.

Me niego a pensar que todo tiempo pasado fue mejor, porque ahora debe haber también gente muy buena, pero es cierto que en aquel momento la Medicina era un apostolado.

Viví el tiempo de la dictadura, donde prácticamente por telegrama colacionado se creó el Centro de Toxicología.

¿Qué pasaba en ese tiempo con la parte asistencial?

Todos hacíamos de todo. Los médicos trabajaban con los cirujanos y estos con los médicos. Si había un paro cardíaco, venían los cirujanos a golpear el pecho del paciente, cuando no se podía hacer otra cosa. Por ejemplo, el tema del abuso de drogas -que tanto se vio más adelante-, en el Hospital de Clínicas lo viví con el primer ateneo que se hizo sobre el asunto. Eso fue aproximadamente en 1968, en Piso 8, donde la Dra. Ofelia Bacchini estaba como psiquiatra. El abuso se daba, sobre todo, con drogas como el Vontade, la poción Todd, los antiasmáticos, los antigripales y alguna benzedrina o efedrina. Ese era el ateneo sobre abuso de drogas. No mucho tiempo después, como esa área me interesaba, elaboramos un librito, que colgaba de una puerta, donde se establecía que si la persona llegaba con una intoxicación por barbitúricos había que darle tal cosa, y si venía con otra intoxicación, tal otra cosa. Como a mí me gustaba esa área, cada persona que venía la veía yo. La verdad es que hice mil zafarranchos, pero no maté a nadie. Todo eso llevó a la necesidad de crear un Centro. En 1972, aparecieron como quince chiquilines borrachos, que habían inhalado disán detrás del Cementerio de Buceo. Esto me movió el piso como para hacer algo. En enero de 1975, el Dr. Gonzalo Fernández, Decano interventor, mandó un telegrama colacionado diciendo que se debía crear el Centro de Toxicología y que Emergencia tenía que encargarse de eso.

¿Ese fue el comienzo de la futura Cátedra de Toxicología?

Tuve que dejar mis vacaciones y organizar el Centro, cuyo Director General iba a ser el Dr. Gonzalo Fernández. Como el Dr. Ríos Bruno era cirujano, delegó en mí la organización. Ahí empecé a trabajar, el 6 de enero.

En ese momento era el Centro de Información ¿Luego pasó a ser la Cátedra de Toxicología?

Eso fue por el año 75. Como decía, en enero empecé a trabajar. Fui a buscar a la gente en Agronomía para la parte de pesticidas, en la Cámara de Industrias para el tema de todos los productos que te puedas imaginar, en la Cámara de Comercio, en Farmacología. Fue tremendo porque había que mirar el "pelo político" y yo no quería hacerlo. Me dijeron que tenía que sacar a determinada persona y les dije que esa persona estaba allí porque tenía muchos conocimientos y no por su "pelo político". En diciembre de 1975 el Centro empezó a funcionar con su archivo. En setiembre u octubre apareció la señora del Decano, que era médica, con médicos del Hospital Militar, y me dijo: "Ya no te necesitamos". Dio posesión del cargo a los nuevos médicos del Hospital Militar. A escondidas de ella, el Decano me llamó para que no me fuera. En diciembre de ese año nos reunió a todos -él era el Director General del Centro- y nos dijo:

"Cuando yo no estoy, ocupa el cargo la Dra. Fogel". Ahí, la señora del Decano se levantó y dijo: "Todavía no necesitamos clínicos. Necesitamos básicos". Recordar estas cosas dan ganas de llorar….

¿Cómo se resolvió eso?

Terminó con tres cartas de renuncia que mandé, ya que en 1978 me mandaron afuera, en 1979 volví. En 1980 entró Eduardo Anavitarte como Decano interventor y me dijo que de ninguna manera me iba a ir. Sin embargo, los médicos que habían venido del Hospital Militar me siguieron haciendo la vida imposible, con sumarios y no sé cuántas cosas más.

Fueron varios los que me llevaron al "banquillo de los acusados". Sin embargo, a todos los enfermos los veía yo con los estudiantes. Cuando algún paciente no marchaba bien, tenía que reportar lo sucedido en Emergencia a Toxicología. Si se moría un enfermo, tenía que responder por eso.

¿Esa gente se fue recién cuando terminó la dictadura?

Un poco antes. Luego de Anavitarte vino Lapido como Decano. Como él estaba muy en contacto con el Hospital Militar, otra vez me hicieron sumarios. Por eso presenté tres cartas de renuncia. Vino Oehninger y me dijo: "Tú no vas a renunciar. Sos mi par y vas a quedar como mi par".

¿La gente que había venido del Militar, se fue en ese momento?

No, se hicieron los concursos y el que entraba, entraba. Ahí la gente empezó a formar parte del Centro de Toxicología, que tuvo un papel muy alto a nivel nacional e internacional. La Federación Europea ya me reconoció en 1984 como su integrante, en 1983 me nombraron Académica de Toxicología Americana. Luego conseguimos dinero. Eso es lo que tiene que hacer el Hospital de Clínicas: vincularse hacia adentro y hacia fuera. Ese tiene que ser el futuro del Hospital.

Hay una pregunta que me interesa mucho, y es cómo vemos que tendría que marchar el Hospital. Diría que tomen como ejemplo cómo marchó Toxicología: ingresando gente, formando gente y yendo hacia fuera. Nosotros formamos todos los posgrados de toda Latinoamérica, y cada uno formó su Servicio en su país. Después fuimos al país correspondiente para ver cómo funcionaba. Además, traíamos gente para formar y salíamos a formar.

¿De modo que la Cátedra de Toxicología fue pionera en América Latina?

Pasó a ser el Centro Piloto de Latinoamérica. Eso al Hospital no le costó nada porque recibió mucho dinero, sobre todo de Canadá. No sé por qué se explota tan poco esa parte, ya que siempre están dispuestos a dar dinero. Sin embargo, el Hospital no aprovecha esas instancias. Parece que el Hospital quedó como enquistado, como encerrado. Hay que recordar lo que fue el CLAP para el Hospital. ¿Por qué no se abre nuevamente al mundo?

¿Qué fue lo más importante para ti de tu trabajo en el Hospital de Clínicas?

De mi trabajo, creo que la actividad docente y también la asistencial, sobre todo la parte organizativa del Centro de Toxicología. Me refiero a la formación de un Servicio que hasta el momento no existía en el país.

¿Quieres agregar algo sobre el Hospital en su primera época?

En su primera época era un placer estar en el Hospital de Clínicas, por su funcionamiento. Lamentablemente, la parte política no favoreció mucho, y la parte presupuestal tampoco. Incidieron varios elementos por los cuales el Hospital fue decayendo en el sentido de posibilidades asistenciales, docentes y de investigación. Toda la investigación que se empezó fue bajando por falta presupuestal y también por la deserción del personal, que se fue para el exterior. Fue la debacle.

Aun así, con las pocas posibilidades que había, se hacían milagros. Hay dos accidentes que marcaron al Hospital. Uno fue la caída del helicóptero. Era un domingo y todo el mundo estaba presente, trabajando, porque tratábamos de hacer lo posible frente a los desastres, químicos y no químicos. Yo estuve sobre todo en la parte de desastres químicos, pero Emergencia trabajó muchísimo en ese aspecto. Villar trabajó muchísimo en la parte de emergencias internas y externas. Las dos emergencias más importantes que viví fueron la del helicóptero y un escape de gas amoníaco en el que murieron varias personas, que lo presenté en todas partes del mundo. No teníamos ni idea de cómo actuar. Era todo improvisado. Esa improvisación después nos dio como para empezar a hacer algo.

El escape de gas amoníaco fue en Capurro, el 28 de diciembre de 1978. Allí la industria pesquera tenía un lugar donde se fileteaba el pescado. Esto se hace sobre mesas de aluminio, y el refrigerado se hace con amoníaco. Nadie tenía noción de cómo se debían construir las aberturas ni cómo debía ser la ventilación. En las construcciones nadie sabía nada de seguridad. Tenían una pequeña puerta y una pequeña ventana, pero nada más. En ese lugar trabajaban muchísimas personas. Se zafó un suncho de la tubería por donde corría el

amoníaco, por lo que hubo un escape brutal. Era un día de calor impresionante, a las 10 de la mañana. Se inundó todo Capurro. Todo el mundo se atacó de broncoespasmo, lloraba y estornudaba. Adentro, el personal tenía la ropa empapada. Se apelmazaron para salir por la puerta. Ahí nomás ya murieron unos cuantos. Después, la falta de conocimiento hizo que los metieran con la ropa en la ambulancia, que no tenía ventanas ni techo abierto. Así llegaron a Emergencia. No te puedo decir lo que fue.

En aquel momento ya tenía el cargo en Emergencia y en Toxicología. El desastre fue mayúsculo. A nadie se le ocurrió que tenían que sacarle la ropa afuera, antes de entrar. La Emergencia estaba llena de pacientes. Todas las camillas estaban ocupadas. El personal médico y de enfermería lagrimeaba y estornudaba. Los enfermos estaban atacados. Era un caos. De allí en más anduve por el mundo con el problema de accidentes químicos.

¿Murieron muchas personas en ese accidente?

No sé si llegaron a quince o fueron doce. Toda Toxicología funcionó correctamente, porque empezó a ubicarlos donde había lugar. El Banco de Seguros trabajó muy bien, y también la Emergencia del Hospital. Hubo que evacuar primero a los que estaban adentro. Fue increíble.

Pasamos a ser un Centro muy importante. Nos llamaban de todos lados para asesorar. Fui a Minnesota, a Utrecht a una preparación de dos semanas para emergencias químicas, a Francia. Así fuimos aprendiendo cómo manejarnos en estos casos. Ahora no sé si la gente está preparada.

En los barcos pesqueros, uno de los accidentes más comunes es la pérdida de amoníaco. ¿Qué ocurre en esos casos?

No me preguntes qué está pasando en Toxicología en este momento porque no sé. En aquel entonces, a nivel nacional nos relacionamos con todas las industrias. Nos ocupábamos de los contaminantes de la carne, de los contaminantes de la leche, de los contaminantes de las verduras, de los contaminantes del vino y de los contaminantes de todos los alimentos. También trabajamos con todas las cooperativas agrarias, para la parte docente y asistencial, así como con las escuelas para enseñar a los maestros y a los niños para que cada uno lo repitiera en su hogar. Se hacía la semana nacional de prevención de las intoxicaciones en todo el país. No sé si ahora se hace.

En aquel momento se pusieron la camiseta, el Hospital trabajó como loco y todo el mundo se vio favorecido. Fue sin costo, porque no dieron dinero para hacerlo.

¿Qué podrías calificar como lo mejor y lo peor que hayas vivido durante tu permanencia en el Hospital? ¿Cuáles son los recuerdos más positivos y los más negativos?

Hay muchos recuerdos positivos. Como negativo, había momentos en los que no teníamos para ofrecer comida ni cama a los pacientes. Esa fue una época terrible. Sin embargo, del Hospital tengo los mejores recuerdos de mi vida. Uno de ellos es de cuando era Practicante Interno.

Mencionaste el examen.

Esa es la "niña mimada". La verdad es que tenía una excelente relación con todo el mundo, excepto en el período de la dictadura, en el que sobreviví. Por otra parte, a eso se sumó el ser judía….

¿Eso lo sentiste?

¿Cómo no lo iba a sentir, si cuando entraba a Toxicología en el pizarrón decía cualquier cosa y recibía anónimos? Tengo todos los recortes.

¿En el pizarrón de Toxicología había alusiones a los judíos?

Así es. Entonces, reunía a todo el personal y les decía que no sabía quién lo había escrito ni me importaba, y quien quisiera que lo borrara. Nunca ocurrió con gente del Piso, pero sí con gente que venía del Hospital Militar.

Para mí eso es una novedad. Nunca lo había oído.

Te podría mostrar los anónimos que recibía en mi casa.

¿Eso fue en alguna época especial?

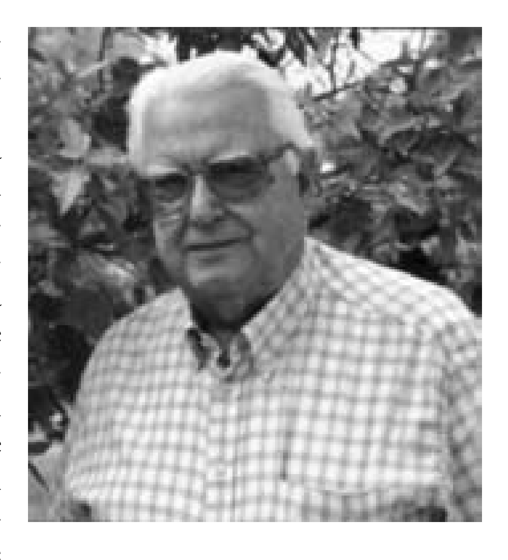
Fue más o menos en el 80. Es tanto lo que tengo adentro, que hay un libro escrito. En lugar de ir al psicoterapeuta, escribí.

La última pregunta es ¿qué te gustaría que ocurriese en el Hospital de Clínicas?

Volver a ver un Hospital de Clínicas floreciente.

DR. CARLOS GÓMEZ HAEDO*

Un día vine al Hospital de Clínicas -ya estaba en San Pablo, en la OPS- a hablar con una doctora y me encontré con un médico joven, muy lúcido, a quien pregunté cómo estaba el Hospital. Él me contestó: "El problema que tenemos, Nowinski, es que hemos perdido los referentes. Fíjese que no está Carlos Gómez Haedo y todos a los que uno apelaba para tener información".



Yo me vine del Interior a Montevideo para estudiar Medicina y estuve en el Hospital Maciel hasta 1975, porque teníamos la ilusión de que la dictadura iba a ser algo corto. Con el tema de la revista *Compendio* yo viajaba al Interior, hacíamos ateneos y hablábamos sobre la Universidad. Iba a Mercedes, que era la ciudad de donde era oriundo Mario Cassinoni. Hablábamos de la Universidad, y allí estaban los médicos militares. Era la forma de mantener una llamita encendida. En el Hospital de Paysandú un médico se levantó a cerrar la puerta porque íbamos a hablar de la Universidad, y la gente tenía miedo. También hacíamos ateneos en Migues, donde estaba el Dr. Juan Carlos Macedo, que nos recibía. Arana [Mariano, Arq.] lo planteó muy bien cuando dijo que en los hogares uruguayos se mantuvo el espíritu de resistencia. Eso fue así en todas las casas de quienes

* Entrevista realizada por Aron Nowinski y Antonio Turnes el 15 de julio de 2008.

trabajaron en la Universidad o actuaron gremialmente, donde siempre había un foco de resistencia.

Además estuvo aquella tendencia a hacer actividades privadas que tuvieran componentes docentes, como en el caso del Dr. Jorge Dighiero estableciendo un CTI en MIDU, al que vino el Dr. René Favaloro. También el Dr. Petruccelli armó algo similar.

El motivo de esta visita es recordar algunas cosas de la historia del Hospital de Clínicas para el trabajo que estamos realizando en un grupo que integramos el Dr. Eduardo Wilson, la Lic. Soledad Sánchez Puñales, el Dr. Aron Nowinski, Jorge Sierra y yo. Estamos tratando de recoger testimonios de personas que pasaron por el Hospital hace muchas décadas.

Tengo un recuerdo del año 1953 vinculado al Hospital de Clínicas y es retrospectivo. Milité en la Asociación de los Estudiantes de Medicina y fui delegado estudiantil en la 3ª Convención Médica junto con Efraín Margolis. En ese momento era Ministro interino de Salud Pública Fariña, quien en plena Convención anunció que el Presidente de la República y el Gobierno habían resuelto que el Hospital de Clínicas fuera entregado, de manera provisoria, a la Facultad de Medicina y a la Universidad de la República. Todo el mundo se puso de pie y él recibió uno de los más grandes aplausos de la Convención. Era el triunfo de la movilización de estudiantes y universitarios. Recuerdo la alegría que todos teníamos de que al fin el Hospital pasara a la Universidad. Poco después esa resolución fue sustituida por otra oficial, donde definitivamente se entregaba el Hospital a la Universidad. Ese es un recuerdo que tengo como algo muy especial, aunque todavía no estaba en el actual edificio sino en el Pasteur, pero en mi calidad de delegado estudiantil a veces visitaba el Hospital de Clínicas.

Una de las primeras visitas que hice al Hospital fue a una guardia del Dr. Atilio Morquio, y quedé impactado por el servicio de atención a la guardia. A mí, que me había formado en el Hospital Maciel, me sorprendió enormemente ver que a los médicos de guardia y practicantes les traían una mesa de fiambres. También me sorprendió que los enfermos estaban vestidos con *robe de chambre*, suministrada por el propio Hospital. Todo eso era una demostración de que las cosas habían cambiado.

En la década del sesenta ingresamos como médicos de guardia en el Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas, que ya estaba en funcionamiento.

Sí, desde setiembre de 1953 entró en funcionamiento y se fue habilitando en forma progresiva.

O sea que mi primer contacto con el Hospital fue en las guardias, como Jefe de Sala o Asistente, como se llamaba en aquella época. En aquel entonces

eran cargos interinos, pero estuve como tres años. Yo realizaba mi tarea habitual. Había estado antes, desde 1953 hasta 1960, en el Hospital Pasteur, donde estaba la clínica del Dr. Raúl Piaggio Blanco, que ocupó después el Dr. Fernando Herrera Ramos.

No recuerdo quién fue el primer Jefe de Emergencia [¿el Dr. Walter García Fontes?]. Después estuvo mucho tiempo el Dr. José Pedro Cirillo. Cuando llego al Hospital de Clínicas, ya había hecho gran parte de mi carrera docente en la clínica del Prof. Herrera Ramos en el Pasteur. En el 60 rotamos al Hospital de Clínicas, y a todos quienes veníamos de los hospitales de Salud Pública nos impactó la existencia de un Departamento de Enfermería excelente, además de una Dirección que se dedicaba con competencia a su trabajo. No se trataba de médicos especialistas que llegaban a dirigir un hospital por su posicionamiento político sino que esos cargos eran llenados desde el punto de vista técnico.

Hubo denuncias de que al Hospital de Clínicas ingresaba gente por sus vinculaciones políticas con la izquierda, y el Dr. Julio García Otero contestó que, como había concursos, esa era la única manera de que la gente de izquierda o la que no militaba en los partidos tradicionales pudiera ingresar. Se presentaban a los concursos y eran personas de gran competencia. Pero no hubo nombramientos directos, como se hacía habitualmente en los hospitales públicos. Ese fue otro hecho que me llamó la atención.

Ingresé como docente Grado 5 al Hospital de Clínicas después de la dictadura, en 1985, pero las cosas habían cambiado enormemente. No era el mismo Hospital. Había un deterioro no solo edilicio. Se veía en el incumplimiento horario o en la pérdida de la adhesión al Hospital. El Departamento de Enfermería había sido muy alterado, a pesar de que tenía una tradición. Ya existía el multiempleo, incluso docente. Había gente que acumulaba cargos de Profesor Agregado de Medicina, Profesor de Patología y no cumplía con los horarios. Era un deterioro real.

Además, noté que el enfermo no era considerado el centro. Estuve dos años y fracción fuera de la docencia, porque consideraba que debía venir gente más joven y con porvenir. Cuando volví, me llamó la atención cómo hacer para que el estudiante que había sufrido un deterioro en sus valores y en su filosofía, que había tenido que aguantarse en dictadura, recuperara para el Hospital la presencia del enfermo. En la Clínica creamos un consejo superior de dirección del Piso, que se reunía una vez por semana, integrado no solo por el Grado 5 sino también por el Grado 4 y toda la línea de médicos, así como un delegado de los Auxiliares de Servicio, uno de Enfermería, otro de Farmacia y de los practicantes. En las reuniones hablábamos de los problemas generales de la clínica, desde la limpieza hasta asuntos docentes. Recuerdo que un estudiante alemán a quien había invitado a la reunión quedó sorprendido de que en una Clínica se hubiera encauzado un funcionamiento democrático, ya que él venía de un

régimen muy vertical. Me refiero al patrón de la clínica alemán, que era el más patrón de los patrones. También habíamos creado una comisión encargada de organizar a quienes tuvieran vocación por el primer nivel de atención, que quisieran trabajar en los barrios de Montevideo. Organizamos una comisión integrada por psicólogos y asistentes sociales, además de los médicos, para aquellos enfermos problemáticos, con conflictividad personal, que requerían prolongación de la estadía. Estos eran abordados con los estudiantes, que escuchaban las rendiciones y participaban. Eso se hacía para que vivieran una experiencia distinta.

En la Clínica, siguiendo una tradición del Prof. Herrera Ramos, hacíamos una reunión sobre ética médica. Aunque los tiempos eran acotados, los estudiantes tenían una o dos reuniones de este tipo en el año. También manteníamos las reuniones de medicina psicosomática.

Al mes de comenzar nuevamente con la docencia, luego de la dictadura, planteé un ateneo sobre el tema del médico frente a la tortura. Me dijeron: "¡Cómo vas a hacer eso en este momento, cuando recién se sale de la dictadura!" Yo contesté: "Lo vamos a hacer porque la gente no puede quedarse sin hablar de lo que pasó y del papel que tuvieron los médicos. Y me refiero a médicos exiliados, otros que desaparecieron y otros que torturaron". Hablé con el psicoanalista Marcelo Viñar y le dije que viniera porque iba a ser un ateneo difícil para todos. El Dr. Álvaro Díaz Berenguer y la Dra. Lilián Díaz, distinguida hematóloga, hablaron de las torturas a través de la Historia. Después se trataron los fenómenos psicológicos de las torturas y los deterioros físicos que provocan, ya que se sabía que había mayor incidencia de cáncer en los presos y torturados. Los estudiantes leyeron una proclama. Hablaron algunos médicos cuyos hijos habían estado presos, y otros médicos militares se levantaron y se fueron. No aguantaron. Yo dije: "La Universidad autónoma recupera su posicionamiento y enseña en el Hospital de Clínicas. Por lo tanto, tenemos que afrontar la verdad y razonar sobre ella colocando la posición crítica, con el mayor de los respetos". El anfiteatro se llenó y vino gente de todos los Pisos.

¿Ya no estaba el Dr. Herrera Ramos?
No.

Herrera Ramos era Presidente del Cuerpo Médico. El Hospital de Clínicas tenía, además de un Departamento de Enfermería excelente y un Registro Médico de gran calidad, un Cuerpo Médico. Recuerdo una nota que él hizo, planteando a los funcionarios cuál era el significado de paciente.

Cuando el paciente entraba, yo le daba la mano y le explicaba que iba a estar en una clase, donde lo íbamos a interrogar y a examinar. Si él tenía algún

inconveniente, no teníamos problemas en sustituirlo por otro paciente para que no se viera abrumado. Íbamos a ser todos practicantes y médicos, por lo cual le pedíamos que nos avisara cuando se sintiera molesto. Esa era la forma de enseñar a los estudiantes que el paciente era un ser humano, que merecía el mayor respeto.

Lamentablemente, seguimos aprendiendo con los pobres y no con todos. También me pregunté cómo podría hacer entender que el enfermo era el objeto fundamental de la docencia. Resolvimos hacer una encuesta entre los enfermos de las Salas y, junto con gente de Psicología y de Enfermería, seleccionamos con los estudiantes qué preguntas les íbamos a hacer. Hubo cosas interesantes, como gente religiosa -evangelistas- que quería preguntar al enfermo qué religión tenía. Y tenían razón, porque querían saber si esa persona que creía en Dios tenía una posición distinta frente a los acontecimientos que lo rodeaban en el Hospital. Sin embargo, como se salía de la dictadura, los restantes estudiantes votaron que no se preguntaran esas cosas porque era entrar en las ideas personales. Era una reacción a lo que había pasado, en una época donde se había preguntado a todo el mundo en qué creía. También hubo gente que consideró que eso no aportaba conocimientos, ya que estaban acostumbrados a recibir información.

Debo recordar que el período que va a analizar esta comisión que está realizando las entrevistas es el que va desde la inauguración del Hospital de Clínicas hasta la Intervención. Es por eso que queremos centrarnos en su origen y en el proceso que llevó a que éste fuera el Hospital de la Universidad. ¿Cuándo comenzó su vinculación con el Hospital de Clínicas? ¿En qué Servicio? ¿Quién era el Jefe y qué recuerda del equipo que integraba? ¿Cómo fue para usted trabajar allí?

Yo tuve una primera vinculación con el Hospital a través del Servicio de Emergencia. Previamente había tenido contacto como representante estudiantil en el Consejo de la Facultad, donde se empiezan a tratar los primeros problemas del Hospital, como el tema de los distintos Directores que pasaron por él previo al llamado. El primero fue el Dr. Odair Pedroso, brasileño, que vino para organizar. Luego vino el período del Dr. Helvecio Tabárez.

De todas maneras, yo no viví de entrada el Hospital desde adentro porque estaba solamente un día por semana en Emergencia, desde 1958.

O sea que usted no estaba en un Servicio clínico del Hospital.

Claro, me presenté al cargo de Emergencia y no estaba en un Servicio clínico. Después hubo un período donde los Jefes de Clínica fueron los encargados de la Emergencia, pero ya estaba en funcionamiento el Hospital. Eso fue por la década del 60. Yo estaba en la guardia y no vivía toda la problemática del

Hospital. Había vivido la problemática desde el Consejo de la Facultad. Ahí está la diferencia.

¿Cuándo fue a un Servicio clínico?

Desde 1953 a 1960 estuve en el Hospital Pasteur, en la Clínica del Dr. Herrera Ramos, que antes había sido del Dr. Raúl Piaggio Blanco. Estuve permanentemente con el Dr. Herrera Ramos, que realizó un interinato de Semiología. Sin embargo, no entró en la Clínica Semiológica porque el concurso lo ganó el Dr. Purriel.En el Hospital de Clínicas estuve desde 1960 a 1967. Cuando la Clínica del Dr. Herrera vino para el Clínicas yo ocupé un cargo en el Servicio de Policlínica.

Usted vino a la clínica del Dr. Herrera Ramos, que estaba en el Piso 11. En el Piso 8 estaba el Dr. Purriel y en el Piso 9 el Dr. Chifflet. ¿Qué cargo ocupaba cuando ingresó a la Clínica del Dr. Herrera Ramos?

Yo había hecho la jefatura de clínica en el Hospital Pasteur. En el Hospital de Clínicas ocupé un cargo de Policlínica -que luego también tuvo el Dr. Eduardo Joaquín Canabal- e hice el Asistentado, que ahora se llama Profesor Adjunto. Ahí estuve desde 1960 hasta 1967, cuando el Dr. Herrera fue sustituido por el Dr. Carlos Oehninger. Entonces, volví al Hospital Maciel. Eso fue algo que observé cuando fui Profesor Agregado. Se iba por distintos hospitales y se producía la pérdida de historias clínicas y archivos. En el Maciel no se podía dar clases en el anfiteatro porque se llovía. Cerramos un corredor con cortinas y allí dimos las clases. Para levantar el ánimo de la gente, porque veníamos del Hospital de Clínicas donde teníamos lugar, organizamos una investigación sobre neumonías comunitarias y neumonías en general.

Volvamos al Hospital de Clínicas. Cuando usted estaba en la clínica del Dr. Herrera Ramos, en Piso 11, ¿quiénes más formaban parte del *staff*?

Estaban el Dr. Jorge Dighiero Urioste -que ya se había ido a la Policlínica cardiológica-, el Dr. Eduardo Joaquín Canabal, el Dr. Alberto Grille y el Dr. Mario Medina. Los Jefes de Clínica eran el Dr. Vladimiro Batista, que estuvo mucho tiempo con el Dr. Herrera, y el Dr. Juan Carlos Canessa Montero.

¿Estaba el Dr. Gonzalo Lapido Díaz?

No, el Dr. Lapido estuvo vinculado a la clínica del Dr. Oehninger. También estaban el Dr. Batista, que se formó en Reumatología con el Dr. Herrera, con quien siempre tuvimos una gran amistad, y el Dr. Benito Barrós. Otro que

iba a la clínica era el Dr. Alberto Morelli, que había estado trabajando en Bella Unión con el tema azucarero.

Una de las cosas que recuerdo de la Clínica del Dr. Herrera es que periódicamente hacía ateneos de ética médica, de medicina psicosomática y de Historia de la Medicina. Esa era una forma de que la ética y las humanidades médicas fueran integradas a la clínica. Además, el Dr. Herrera fue el precursor de la Reumatología y fundó la Sociedad de Reumatología. Estaba acostumbrado a enseñar clínica y fue el primero en realizar una experiencia personal con la prednisona. A diferencia de los americanos, que seguían aplicando dosis muy altas, él enseñó las dosis de ataque, las dosis de mantenimiento y las dosis de consolidación de los esteroides. Estas últimas eran las dosis mínimas que impedían los empujes.

¿Qué fue para usted lo más importante del trabajo en el Hospital de Clínicas, en contraste con sus otras experiencias hospitalarias anteriores y posteriores?

En aquel momento, en el Hospital de Clínicas había una organización que lo respaldaba. En los otros lugares no existía esa organización, era una casa donde cada uno "arreglaba los muebles como podía". En cambio, en el Hospital de Clínicas había una infraestructura.

Había una unidad de organización.

Claro, que además tenía una permanencia distinta a la de otros lugares. También existía una departamentalización muy importante, sobre todo en Enfermería. Costó mucho más departamentalizar a los médicos en Medicina, en Cirugía, etc., cuando tendríamos que haber sido nosotros quienes la impulsáramos.

Además, la tecnología se concentraba en el Hospital de Clínicas y era superior a la que había en el área privada. Siempre me impactó que el primer lugar adonde iba la tecnología de punta era al Hospital de Clínicas, y muy a menudo el ámbito privado recurría allí. Un ejemplo de eso fue la Cardiología. Las técnicas de avanzada se aplicaban primero en el Hospital y después en otros lados. Lo mismo sucedió con el tema de la Medicina Intensiva, que se incorporó primero en el Hospital de Clínicas y éste se dio el lujo de tener una parte de Nefrología. Con esto quiero decir que había un respaldo tecnológico que hacía sentir muy seguro al médico, que aprendía y desarrollaba la docencia.

¿Cómo era el Hospital de entonces?

Había un nivel técnico científico muy importante, como en el caso del Laboratorio Central. Tener allí a una persona como el Dr. Pedro Paseyro, que había introducido la citología, o laboratoristas de primer nivel en cada una de las ramas daba seguridad y la sensación de sentirse estimulado.

Yo había conocido al Dr. Paseyro en el Pasteur. Allí él venía a la clínica, se sentaba conmigo, puncionaba los bocios y nos íbamos al laboratorio a ver los preparados. En el Hospital de Clínicas eso era más difícil por las distancias. Ese es otro tema. En el Hospital de Clínicas las distancias eran grandes y nosotros estábamos acostumbrados a tramos más cortos.

En el Pasteur todas las cosas estaban en las cercanías.

Exactamente. De todas formas, el Departamento de Enfermería del Hospital de Clínicas seguía siendo un ejemplo, como también lo era el archivo de historias clínicas. Recuerdo haber hecho una investigación sobre la incidencia de hipertensión maligna en los pacientes de la primera década de funcionamiento del Hospital de Clínicas y nos encontramos que era el 1,5%. Ahora debe ser el 0,1%. Eso lo pudimos hacer porque en el Hospital había un archivo centralizado, realizado por gente con experiencia en la materia como la Dra. Renée Minatta.

¿Qué recuerda como lo mejor y lo peor que haya presenciado en su pasaje por el Hospital de Clínicas?

Lo mejor fue la relación entre el contenido humano de la Medicina y el aspecto científico. No sabría decir lo peor porque me cuesta encontrar un recuerdo así. Quizá podríamos hablar del "hospitalocentrismo", que estaba al máximo por la importancia que tenía el Clínicas, que deslumbraba al común de los mortales. Entre las cosas mejores está lo que el Hospital logró dar a través de investigadores como Caldeyro-Barcia, que organizó el primer centro materno infantil, de alta tecnología. Luego vino el Dr. Crottogini con su Clínica. Me refiero a la combinación que se daba cuando uno llamaba a un especialista y sabía que iba a contar con el mejor. Por ejemplo, en Gastroenterología, cuando venía el Dr. Elbio Zeballos era un placer.

Ahí está hablando después de 1985.

Puede ser, porque se me confunden los tiempos. También recuerdo al Dr. Cándido Muñoz Monteavaro. Lo peor vino después, cuando vi cómo se mal cumplía con los deberes. En el Hospital había gente que trabajaba también

afuera, en la esfera privada, pero que cumplía su horario en el Clínicas y tenía la satisfacción de hacerlo. Tal era el caso de Herrera, de Purriel, de todos.

Se pasaban la mañana entera en el Hospital. ¿Qué le gustaría que ocurriese en el futuro en el Hospital de Clínicas?

Ahí hay un dilema que me preocupa. El Hospital de Clínicas tiene que entrar en la red hospitalaria del Uruguay. Todos quienes estábamos vinculados a la docencia en la Facultad creíamos que el Hospital de Clínicas absorbía la atención médica del país, y no es así. La red de hospitales del país debe tener un nivel muy grande. Aunque el Clínicas tenga la capacidad de contar con la más alta tecnología -probablemente ese sea su destino-, no puede dejar de participar de la red hospitalaria y del Sistema Nacional Integrado de Salud. Es fundamental que se integre a esa red.

A veces, en nombre de la autonomía nos separamos demasiado de la realidad que vive la gente. Hemos tenido entrevistas con la actual Dirección del Hospital y hemos planteado que dicha Institución debe tener una filosofía muy similar a las demás. No digo que no puedan tener experiencias propias, pero no puede ser que en un hospital se piense una cosa y en otro, otra.

En este momento, el Ministerio de Salud Pública quiere crear una Comisión de Bioética y Calidad Integral de Atención de la Salud. Es una concepción que sustituye a la anglosajona, de las Comisiones de Ética asistenciales donde para resolver problemas determinados de ética se juntan varias personas y discuten en profundidad. Estos grupos deben tener un dinamismo muy especial para dar una filosofía a la atención de la salud. Se debe ocupar no solo de la parte técnico científica sino de la calidad humana de la atención. Eso lo quiero resaltar porque es algo que está faltando en todos lados. Y si eso falta en la Facultad, ¡cuidado! Me refiero a la calidad humana y a la bioética.

Planteamos a la Dra. Ubach que las comisiones tienen que organizarse en el Hospital de Clínicas, que debe dar el ejemplo en este sentido. Todos los problemas de mala praxis y la disconformidad que hay en la gente derivan de las actitudes egoístas de los médicos, que para mí son desconocidas. No puedo entender que los oftalmólogos se encarguen de que las cataratas no se operen. “O me pagan a mí o no se opera”. ¡Eso no puede ser! ¡No puede ser que alguien se oponga a los cambios si no ganan lo mismo que se paga a los particulares! El concepto de salario médico debe ser mucho más amplio y no como el de los taximetristas. No puede ser que el médico baje la bandera y cobre por la cantidad de enfermos que vea.

Usted fue testigo del concurso para Profesor de Semiología, del que participaron cuatro grandes, los Dres. Purriel, Herrera Ramos, Migliaro y Franchi Padé. ¿Dónde tuvo lugar ese concurso?

Yo vi pruebas en el Hospital Maciel. No sé si las hubo en otro lado porque no las vi todas. Era pruebas extenuantes, donde quienes se destacaron más fueron Herrera y Purriel. Y seguramente Purriel debe haber sido más efectista, porque era más histriónico y tenía capacidad de síntesis final.

¿Quiénes estaban en el tribunal? ¿Vino alguien de Argentina?

Uno era el Dr. Julio César García Otero. No recuerdo a los demás pero supongo que el Dr. Raúl Piaggio Blanco también debe haber integrado el tribunal, así como el Dr. Juan Carlos Plá Verde. Otro concurso que me tocó ver fue el de Ricardo Caritat Larrar y José Luis Bado [para la Cátedra de Ortopedia y Traumatología]. Fue una especie de castigo para Bado porque era bravo hacer concursar a alguien a esa edad.

¿Qué recuerdo tiene de los profesores del Hospital de Clínicas cuando usted actuó? ¿Cómo se relacionaban entre sí y qué nivel tenían?

El tema es que a muchos de los profesores los conocí fuera del Clínicas y luego rotaron por allí. García Otero fue al Hospital de Clínicas pero yo me formé en su Clínica en el Hospital Maciel como estudiante y como auxiliar. Dije el discurso de los discípulos de García Otero, cuando se le hizo un homenaje en la Facultad. El Dr. García Otero fue el último ejemplo de un clínico excepcional, un universitario estupendo, en una etapa donde la Anatomía Patológica en la Clínica Médica no había crecido porque no se hacían tantas autopsias como en la Clínica de Larghero, por ejemplo. La relación entre la clínica y los especialistas no era como en la Clínica del Dr. Piaggio. Tuve mucha suerte porque fui alumno de García Otero y médico ayudante en su Clínica. Di el concurso y me ganó por puntos Adrián Fernández. Fui a la Clínica que había sido de Piaggio, quien había dejado una estructura armada y todo su personal. Allí trabajé con Herrera, con quien había aprendido semiología. Herrera le agregó la Reumatología, la buena semiología que hacía y el concepto de las humanidades médicas. Piaggio tenía un psiquiatra -el Dr. Fortunato Ramírez-, neurólogos, gastroenterólogos -el Dr. Dubourdieu-, cardiólogos -los Dres. Dighiero y Canabal- y, además, el laboratorio. El Dr. Carlos M. Sanguinetti estaba en la parte del Laboratorio de Gastroenterología. También trabajaba el Dr. Eustaquio Montero en Dermatología, que había estudiado en Estados Unidos.

Luego fue interventor del Sindicato Médico del Uruguay.

Al ingresar, siendo Jefe de Clínica, hice un trabajo sobre Porfiria en el adulto, junto con los Dres. Sanguinetti y Montero. Este último había visto porfirias cutáneas y yo, viviendo en Sayago, encontré una cantidad de casos. La Clínica de Piaggio era un paso hacia el futuro. Hay que lograr el contacto rápido con el especialista para que éste se integre a la clínica, porque así se aprende y no se olvida la Medicina Interna.

Piaggio fomentó la especialización pero vinculado a la clínica.

Una vez fui al Pasteur a ver una clase del Dr. Piaggio, aunque yo era "macielista". En esa época estábamos muy divididos.

¿Cómo le impresionó esa clase de Piaggio?

Me gustó mucho, pero más me impresionó estar en la misma clínica y ver cómo abordaba los cambios hacia el futuro. A Piaggio no le gustaba la clínica porque el laboratorio estaba lejos y él lo quería cerca. Había que buscar la forma de integrarse.

¿Qué recuerdos tiene del caso de Helvecio Tabárez? Usted estaba en el Consejo y le tocó integrar una comisión junto con Euclides Peluffo y Mario Pareja Piñeyro.

En ese período el Decano era Juan Carlos del Campo. Los estudiantes se habían opuesto a su postulación como Decano. Cuando llegó al Consejo -yo era delegado estudiantil-, nos saludó y dijo: "Estoy aquí gracias a los estudiantes. No pensaba aceptar, pero como se opusieron a mi candidatura...". Fue un excelente Decano, un verdadero universitario, con gran independencia de criterio. Ahí aprendí que eran todos universitarios y defendían a la Universidad.

Helvecio Tabárez era el ídolo de muchos estudiantes. Sin embargo, era una persona que aparentaba una cosa y era otra. No estaba formado como Director de un hospital. Era un hombre muy especial.

Antes de continuar quiero decir algo. Tuve muchas indicaciones para que la comisión investigadora dejara de funcionar.

¿Se refiere a presiones?

Sí, me decían que me iban a utilizar. Sin embargo, dije que si había aceptado estar en una comisión investigadora debía llegar a un juicio. De lo contrario,

no hubiese aceptado. Pedí la libertad para opinar lo que fuera y dije que, cuando fuera el momento, rendiría cuentas a los estudiantes y les explicaría el porqué.

En ese momento, el mismo Dr. Hugo Villar estaba deslumbrado por la personalidad de Helvecio Tabárez, como también lo estaban grandes gremialistas. Noté que los otros dos integrantes de la comisión no tenían tanta voluntad, ya que también estaban sometidos a presiones. Sin embargo, nos pusimos de acuerdo para terminar el informe.

Ahí vimos que el Director del Hospital, por razones personales, estaba colocando como inspectores y vigilantes a sus primos, en un claro caso de nepotismo. También realizaba una política fomentando las agresiones de unos contra otros, creando un clima de permanente pelea en el Hospital. Trasmitía lo que decían los médicos docentes al personal de enfermería y viceversa, tratando de que los estudiantes mantuvieran su adhesión hacia él por sus antecedentes o por sus supuestas posiciones radicales. Todo eso hizo que informásemos que se trataba de una persona que iba a traer consecuencias nefastas para el Hospital de Clínicas. Si se empieza algo nuevo, hay que mejorar las interrelaciones y no empeorarlas. Me refiero a las interrelaciones entre los funcionarios y de él con los demás. Todo eso fue documentado y presentado. Al final los estudiantes encontraron el camino y se dieron cuenta de que no podían defenderlo. Ese informe sirvió para cuando él se presentó a un cargo en el CASMU.

¿Cuánto tiempo de trabajo le llevó a la comisión?

Estuvimos como un año, e interrogamos a mucha gente. Cuando empecé a ver que se podía perder al Hospital de Clínicas por su dirección, consideré un deber hacer el informe. Eso evitó que esta persona fuera Director de uno de los sanatorios del CASMU.

DR. TABARÉ GONZÁLEZ*

Nos pareció muy importante que la gente pudiera plantear no solamente su experiencia sino lo que espera del Hospital de Clínicas.



Mi vinculación con el Hospital de Clínicas fue muy precoz. Entré a la Facultad en 1954. Durante mis años de Secundaria y en la militancia gremial, tenía noticias de la movilización de los estudiantes de Medicina para que el Hospital de Clínicas fuese devuelto a la Universidad, cosa que se logró en 1950, y esa conquista fue considerada por la Asociación de los Estudiantes de Medicina como un logro importante de su movilización. El edificio se inauguró en setiembre de 1953 y la Asociación de los Estudiantes de Medicina recibía a las nuevas generaciones, el primer día de clase. Además de una orientación general, invitaba a realizar una visita guiada por el Hospital. En marzo de 1954 conocí el Hospital por dentro. Por fuera lo conocía desde niño, yendo para Malvín.

Entré al Hospital y recorrí todas sus instalaciones. En ese primer contacto, quedé muy impresionado por la visión moderna no solo de Hospital, superando los sanatorios, sino por lo que implicaba de transformación del modelo de atención hospitalaria. Fue tanto el impacto en mí que al año siguiente estuve en el grupo de estudiantes que recibió a la generación 55, donde ayudé modestamente como guía para visitar el Hospital. En ese momento me incorporé a la Subcomisión de Hospital de Clínicas que tenía la Asociación de los Estudiantes de Medicina, que se reunía los lunes en la Planta Baja, donde se reúne ahora la Comisión Directiva, junto con el delegado estudiantil de dicha Comisión. Debemos recordar que la Comisión Directiva fue la primera en la Universidad

* Entrevista realizada por Soledad Sánchez el 16 de junio de 2008.

-y sigue siendo la única- en la que participan no solo los tres Órdenes sino también los funcionarios no docentes. En aquel momento el delegado estudiantil era Hugo Villar. En ese lugar había un *locker* metálico donde estaba guardada la primera colección de libros de administración hospitalaria y de salud pública que hubo en el país. Dicha colección era de la Asociación de los Estudiantes de Medicina, fruto de un intercambio de la biblioteca de la AEM con la Facultad de Medicina, en un convenio que tuvo lugar cuando era Decano Cassinoni, que abrió un crédito a la AEM para adquirir libros. Se compraron dos tipos de libros: colecciones de arte y libros de salud pública y gestión hospitalaria.

Ahí fuimos visualizando otro aspecto fundamental y no solo lo que veíamos en las visitas, que era el aspecto funcional de los distintos Servicios que se estaban desarrollando. Me refiero a la centralización con, por ejemplo, un potente Departamento de Enfermería, un potente Departamento de Nutrición y Dietética, uno de Servicio Social y también de Registros Médicos, por nombrar algunos al pasar. También estaban las Cátedras tradicionales de diagnóstico y tratamientos especiales, como Laboratorio Químico, Anatomía Patológica, Radiología, Fisiatría, con otra imagen de desarrollo y de fuerza y capacidad de jugar un rol de articulación del trabajo de la profesión con proyección.

Otro aspecto a destacar es la centralización de Servicios, que fue una innovación trascendente en el escenario hospitalario del país, un Block Quirúrgico Central y un solo Servicio de Anestesiología Central. El Hospital tuvo el primer Centro de Recuperación Post-anestésica, que no existía ni en lo público ni en lo privado. Dicho Centro jugó un rol muy importante y fue un antecedente, en la incorporación de tecnología y experiencias para lo que luego fue el Centro de Tratamiento Intensivo. Quienes estábamos en la especialidad de Anestesiología fuimos los primeros que empezamos a manejar los respiradores artificiales a presión positiva.

Ese concepto de centralización que tú mencionas está muy explicitado en una de las reuniones de la Comisión del Hospital de Clínicas, antes de la inauguración del Hospital.

Esa dupla de factores positivos -la presión de la Asociación de los Estudiantes de Medicina y la cabeza de Cassinoni, como Decano- buscaron una figura relevante de la administración hospitalaria moderna -hace más de cincuenta años, pero sigue siéndolo- que era Odair Pedroso, destacado profesional brasileño. Éste participó en el diseño de la estructura organizativa del Hospital y marcó los procesos de organización de los Servicios. Simultáneamente, la Facultad creó Escuelas como la Escuela Universitaria de Enfermería y la Escuela Universitaria de Tecnología Médica [así se la denomina ahora; en sus comienzos se llamó Escuela de Colaboradores del Médico], donde se formaban técnicos radiólogos,

técnicos en registros médicos y ayudantes de oftalmología, entre otros. Todo eso fue generando un escenario nuevo en el país, no porque no hubiera espacios de formación, que los había, pero no con esa cabeza racionalmente articulada. Me refiero al concepto de un equipo de salud de gran importancia.

Tuve el privilegio de asistir a un proceso de transformación del escenario clínico hospitalario. Eso no estuvo exento de pujas, ya que muchos de los Profesores que estaban con sus Servicios en distintos hospitales querían venir al Hospital de Clínicas rápidamente, no porque los lugares donde estaban trabajando no fueran buenos. La Asociación [de los Estudiantes de Medicina] tuvo que hacer un esfuerzo muy grande -diría que la firmeza de su trabajo fue un puntal de todo esto- para que se sostuviera el criterio de habilitación progresiva del Hospital. A medida que se iban gestando los recursos humanos capacitados en la nueva orientación, se fue desarrollando la incorporación de las Clínicas de la Facultad de Medicina al Hospital de Clínicas. Eso tenía que ver no sólo con el concepto de un trabajo nuevo sino también con el hecho de que distintas prácticas que eran tradición -que lamentablemente se deformaron en el período de la dictadura y para adelante-, como la de separar la instrumentación quirúrgica de la labor de enfermería, tenían que ser modificadas. Eso provocó polémicas no pequeñas con destacadísimos Profesores, grandes compañeros, que estaban acostumbrados a la práctica habitual de su instrumentista. En el Hospital de Clínicas se generó otro escenario.

Lo mismo sucedió con una incipiente especialidad médica como la Anestesiología, no porque no se la practicara desde hacía muchas décadas sino porque eran muy pocos los médicos que hacían esa especialidad. La profesionalización de esta actividad se apuntaló fuertemente con la creación del Departamento de Anestesia del Hospital de Clínicas, centralizado, que estaba al servicio de todas las clínicas quirúrgicas, de todos los procedimientos, tanto quirúrgicos como de diagnóstico y tratamiento. En ese sentido, la Facultad y el país le deben un reconocimiento a una figura que nunca tuvo el título de Profesor, el Dr. Alfredo Pernin, que fue la cabeza de ese proceso. Fue una situación absurda, ya que se trataba de un Departamento en el cual había Grados 2 como Adjuntos, Grados 3 como Asistentes y Grados 4 como Agregados, pero nunca hubo un Grado 5, como hubiera correspondido. Hoy lo hay.

Existió una idea de crear una Escuela de Anestesiología.

Ahora existe el posgrado. En ese marco se generó un espacio de la Escuela de Graduados de la Facultad, con otro grado de racionalidad, que luego fue madurando con el Residentado, para formar a los distintos especialistas.

Ese fue el escenario en el que uno fue afirmando la vinculación con el Hospital. Desde el punto de vista del trabajo, desde 1956, como estudiante,

estuve en la Clínica Semiológica del Prof. Pablo Purriel, haciendo tercer año. Durante toda la carrera, salvo Pediatría y Ginecología, las Clínicas las hice en el Hospital de Clínicas. Eso no quiere decir que no haya trabajado en hospitales de Salud Pública, como externo y como interno, y luego como anestesista, pero la orientación de mi carrera la realicé en el Hospital de Clínicas. Fui pasando de la condición de estudiante a la de anestesiólogo, que fue mi primer trabajo especializado, en 1962. Mantuve esa tarea en distintos campos, primero como Grado 2 y luego orientado a niveles de especialización como anestesista en el equipo de cirugía cardíaca. Fue el primer equipo de cirugía cardíaca que hubo en el país, a la sombra y orientación de un destacadísimo equipo sueco dirigido por el Prof. Clarence Crafoord. También me vinculé al desarrollo de la Anestesiología en el área de Neurocirugía.

En 1971 fuimos seleccionados para integrar el equipo médico multidisciplinario que formó en el Clínicas, el primer Centro de Tratamiento Intensivo del país.

Ese Centro es una de las etapas fundamentales que se deben a la visión del Dr. Hugo Villar, quien con sus contactos y relacionamiento con el mundo de la gestión hospitalaria fue captando y trasladando a nuestro medio el concepto de la atención progresiva del paciente, desde el cuidado básico, moderado, al cuidado intermedio y el cuidado intensivo. Esa fue una experiencia sustantiva, fundamental. Tomando en cuenta la pregunta sobre qué fue lo más importante de nuestra experiencia en el Hospital, diría que fueron esos cinco años donde pudimos desarrollar este trabajo, que fue frustrado por la Dictadura y la Intervención de la Universidad y del Hospital de Clínicas.

Tú fuiste parte del equipo fundador.

Sí, la Facultad hizo un llamado a aspirantes para ocho cargos Grado 3, con una descripción muy completa del cargo. Esa fue otra de las cosas que apareció por primera vez en el Hospital de Clínicas. Todavía sigue vigente el libro de Villar, Ripa y Nowinski: "Especificación y Descripción de cargos". De la presentación de aspiraciones que hizo mucha gente surgió una selección donde había dos cardiólogos, dos neumólogos, un cirujano, un neurólogo, un médico laboratorista y yo, que venía del campo de la Anestesiología. Se dio la particularidad de que los primeros seis de ese equipo -había dos que no estaban en el país- estuvimos trabajando en tres campos. Uno fue ayudar en la organización del Servicio, supervisando las obras de instalación que se estaban haciendo en el Piso 14. Paralelamente, hacíamos un autocurso. Cada uno cumplía un programa y luego trasmitía al resto sus conocimientos y habilidades. Enseñé vía de aire, respiración asistida, intubación y ventilación positiva. De la misma manera, aprendí a manejar el electrocardiograma, el electroencefalograma básico,

técnicas primarias del cateterismo central, laboratorio, etc., todo lo que era necesario que manejáramos para poder tratar a un paciente crítico. Esa experiencia fue acompañada por Enfermería y se diseñaron no sólo las técnicas y los roles sino también un régimen horario que aseguraba continuidad y a su vez intensidad al tratamiento de los pacientes por parte del equipo. Fue un escenario que nunca volví a vivir. Me refiero a un equipo técnico profesional con esa forma de articulación.

El otro aspecto que quiero destacar es que en el Hospital de Clínicas la línea sustantiva era que el avance y la introducción de tecnología de punta en el país se hacía a través del ámbito universitario, fuera del campo mercantil. Así entró en el país la Cirugía Cardíaca, la Radioterapia, la Neurocirugía avanzada. Cotidianamente, aparte de la coordinación, en el Hospital había una o dos urgencias neuroquirúrgicas.

El Hospital de Clínicas fue el primer lugar donde se hizo diálisis renal. Recuerdo haber participado como anestesista en el primer trasplante de riñón. Ese fue el escenario de innovación que tuvo el Hospital hasta el período de la intervención, y fue un elemento radicalmente identificatorio de sus características.

Nuestra vinculación laboral se cortó en la Dictadura. Cuando retornó la democracia y el Hospital fue rescatado de la Intervención junto con la Universidad, nos incorporamos, con un perfil distinto, a su Dirección como Subdirectores, hasta 1990, cuando la vida nos cambió de destino. Allí pasamos a trabajar en el gobierno municipal del Dr. Tabaré Vázquez y posteriormente durante su Presidencia, en la Dirección General de ASSE hasta que se aprobara la Ley que transforma ASSE en un Servicio Descentralizado. Cumplido ese objetivo político me jubilé, para dar paso a nuevas generaciones que cumplan con la tarea ya emprendida de jerarquizar al sector público de la salud, como parte ineludible de un Sistema Nacional de Salud de carácter mixto.

Dado que los médicos del equipo han tenido tanta profusión de información, este primer libro sobre la historia del Hospital, que al principio parecía que iba a ser la Historia del Hospital de Clínicas, va a abarcar desde la inauguración hasta la Intervención.

En el marco del recuerdo surgen muchas cosas importantes. En aquel escenario -y esto no quiere decir que esté idealizando- había un predominio ético y humano muy fuerte entre los distintos integrantes del equipo de salud. Eso se trasmitía a los pacientes y a los familiares. Cuando entré como estudiante de tercer año, en 1956, a la Clínica del Prof. Purriel, había un programa general de trabajo. Eran 6 Salas con 110 camas en total, y los estudiantes estábamos ordenados por Salas, con nuestro equipo de instructores. El programa general

empezaba a las 8 de la mañana, con una clase del Prof. Purriel en el anfiteatro de Piso 8. No recuerdo un solo día en que el Prof. Purriel no haya empezado la clase a las 8 de la mañana. Luego nos enteramos de que antes de la clase él había pasado visita a las seis Salas, no algo detallado, paciente por paciente, sino una visita de ubicación, y ahí ya estaban sus Asistentes y sus Adjuntos en sus lugares de trabajo. Luego, como practicantes externos, nos quedábamos hasta la hora 20 trabajando en la Sala. En el caso de los docentes, sus cuatro horas de trabajo eran en realidad cinco o seis. No se trataba de pasar por el Hospital a cualquier hora y menos todavía quedarse menos horas de las que uno debía hacer y por las cuales estaba contratado. Ese aspecto ético me parece fundamental.

Por otro lado, la relación entre los distintos integrantes del equipo se dio progresivamente con un nivel de respeto, identificación y comprensión de los distintos roles y profesiones, tanto médico como enfermería, servicio social o técnico en registros médicos u otros. Para mí fue sustantivo ver que, más allá de que de pronto los pacientes estaban internados más tiempo del que podían estar en otro momento de organización, al tercer día de hospitalización estaba lista la historia clínica, escrita a máquina, en el carrito de historias de Enfermería. A pesar de que había sólo una técnica en registros médicos [por cada Clínica], que además hacía la secretaría del Profesor, para todo el Piso. Ese tipo de fenómenos nos dejó muy marcados. Había otro nivel de rendimiento, vinculado al respeto que cada uno tenía por su rol y al que también tenían los demás. El rol de la Nutricionista no era dar de comer al paciente para mantener las calorías básicas a través de cuatro comidas, sino que había un trabajo concreto de identificación de cada paciente, de su terapéutica y sus problemas, para adecuar dentro de ciertos márgenes un tipo de dieta con niveles de individualización.

Esos factores de carácter científico tecnológico que ya mencionamos donde el Hospital jugó un rol importante de incorporar tecnología de punta, además del aspecto ético del comportamiento del equipo de salud, empezando por el médico, fueron aspectos fundamentales.

No puedo omitir hablar del rol que jugó en el campo personal. Nos casamos con una enfermera, que ingresó a la Escuela de Enfermería en el mismo año que yo entré a la Facultad, e ingresó al Hospital a los tres años y medio al culminar su carrera. Nuestros hijos, de meses, fueron cuidados en la guardería del Hospital de Clínicas, mientras nosotros íbamos a trabajar. Dicha guardería fue un fenómeno de carácter colectivo, cooperativo, aunque contó con apoyo institucional, gestionada por los funcionarios, y dio amplia cobertura a cientos y cientos de sus hijos, como también a hijos de estudiantes. Digo esto porque marca un escenario social complementario.

Sí, porque eso está mostrando el valor que se le da al personal, al que se trata de cuidar como a un integrante de la familia.

Estoy dando una visión de cómo visualizábamos nuestra experiencia en el Hospital durante aquel período. También es cierto que éramos no más de 1.700 funcionarios, entre docentes y no docentes, en un Hospital con 200.000 consultas por año en policlínica y alrededor de 10.000 intervenciones quirúrgicas anuales, con 800 camas habilitadas. La Dictadura golpeó muy duro esa realidad, y cuando recuperamos el contacto con el Hospital su producción se había reducido a la mitad y la masa de personal se había multiplicado por dos, de manera anárquica. Eso implicó una pérdida de eficiencia importante.

¿Qué fue lo mejor y lo peor que vivió en el Hospital?

¿Qué fue para mí lo mejor? Es muy difícil decirlo pero hay episodios muy puntuales que uno recuerda. Un elemento a destacar fue la experiencia del CTI, porque tuvo un proceso de gestación colectivo que, por intercambio de experiencias, fue gestando un perfil donde convivimos médicos, enfermeras, auxiliares y personal de servicio. Fue el primer Servicio que tuvo un ecónomo, la señora Ifrán. No solo se trató de juzgar la eficiencia con que se atendía al paciente. Teníamos un laboratorio de orientación clínica, de rápida respuesta, que manejábamos nosotros mismos.

Además, algo absolutamente impensable en el día de hoy, había elementos que los hacíamos nosotros como, por ejemplo, un catéter central [vía venosa central]. Con eso se puncionaba la vena, entraba la tanza y luego por arriba iba el catéter. Como no teníamos capacidad para descartar el material se lavaba profundamente y se esterilizaba con gas [óxido de etileno] para utilizar nuevamente. Ese trabajo lo hacía el personal auxiliar de servicio y lo completaba el grupo que preparaba el material para la máquina de circulación extracorpórea. En el primer aniversario del CTI tuvimos una semana de actividades, con ateneos y presentación de distintas experiencias. Cuando volvimos el lunes, nos encontramos en el hall del Piso 14 unas carteleras hechas por el personal de servicio donde se mostraba todo el proceso de preparación del material, la técnica de lavado y la esterilización. Eso había sido hecho por ellos y nosotros no sabíamos nada. Esto es muy relevante como vivencia para ver cómo se trabajaba desde el punto de vista humano, como concepto de equipo, de la práctica clínica y de las consecuencias posteriores que tuvo esa experiencia. Pensamos que fue una de las mejores cosas que nos tocó vivir.

Cuando vino la Intervención, a todos los que no firmaban la llamada eufemísticamente "declaración de fe democrática" -y a algunos que la firmaron pero que tenían historia previa también- los echaban. Habíamos tres destacados militantes que no firmamos la fe democrática, sino un texto ajustado a derecho sustitutivo que hicimos nosotros, pero no nos echaban. Poco tiempo antes se había exhIbído la película "La Patagonia rebelde", sobre la represión de la huelga

de peones en Río Gallegos. En una escena de la película, el ejército tiene a todos los peones en fila. El coronel a cargo de las tropas, dos líderes de los estancieros y un inglés -ya que en aquel momento los ingleses eran casi los dueños de la Patagonia- iban marcando a los cabecillas de la huelga, y ahí nomás el coronel les pegaba un tiro. Marcan a uno y el inglés grita: "¡No, que es el único mecánico de Río Gallegos!". Por eso, cuando algunos compañeros nos preguntaban por qué no nos tocaban, decíamos que éramos los mecánicos de Río Gallegos. Pero luego, nos echaron igual.

Quizá el recuerdo más embromado haya sido cuando tuvimos que asistir, y se murió en las manos, a Líber Arce, en agosto de 1968. Además, siempre nos llegaban cantidad de pacientes que venían baleados, pero lo de Líber Arce fue muy duro.

Con respecto a qué me gustaría que ocurriese con el Hospital, es muy difícil contestar. Por más que afectivamente uno siga teniendo muchos vínculos con el Hospital de Clínicas, sería inadecuado decir que conocemos su realidad en este momento. En los últimos tiempos se han hecho cosas muy importantes como fue la recuperación de la Emergencia e incluso cambios estéticos importantísimos como la transformación del hall de entrada, así como la preparación de toda el área de Servicios Especializados, como el Centro de Cirugía Cardíaca. Aspiraría a que ese espíritu de pertenencia que teníamos en aquella época lo tengan -no sé si lo tienen o no- las nuevas generaciones que trabajen en el Hospital.

El Hospital de Clínicas está llamado a cumplir un rol sustantivo en el proceso de reforma del Sistema Nacional Integrado de Salud, particularmente por esa capacidad de estar en la avanzada para dar respuesta positiva y no solamente a la zaga de lo que pueda ocurrir en el campo de la ciencia y de la tecnología.

El escenario universitario tiene un fenómeno positivo importante que debemos saber aprovechar, que es el de la competencia, base del saber y su avance. El Hospital de Clínicas, con su porte, con la persistencia de multiplicidad de Servicios, tiene capacidad para llevar adelante importantes funciones de competencia positiva.

En ese sentido, van a ayudar a la Universidad y al Hospital el conjunto de transformaciones que se están dando en todo el Sistema Nacional Integrado de Salud, aunque pueda ser largo el proceso para concretarlas en toda su amplitud.

El desafío es articular una red oportuna y eficiente. Armar un sistema implica tener claro que todas las partes tienen que adecuarse a ello. En ese sentido, el Hospital de Clínicas tiene a su favor una serie de antecedentes importantísimos para aportar.

DR. ERNESTO LUBIN*

¿Cuándo comenzó su vinculación con el Hospital de Clínicas (HC); cómo fue el ingreso, en qué servicio, quién era el jefe? ¿Recuerda el equipo que integraba, cómo fue trabajar allí, cuántos años trabajó en el HC?



Hasta donde recuerdo, fue en mi segunda rotación como Practicante Interno en el servicio de Cirugía del Profesor Dr. Carlos Stajano, en setiembre 1954. En su equipo sobresalía el Prof. Agdo. Walter Suiffet y descollaba el joven Dr. Julio César Priario, a quien recuerdo como cirujano integral, el que yo denomino "cirujano inteligente". Fui luego interno en el Servicio del Profesor Dr. Julio C. García Otero (marzo a setiembre de 1957). Ésta fue quizás la rotación que me dejó su sello en lo que siempre fue, desde entonces, mi interés por la Medicina Interna. Aunque mi actual área de interés parecería estar lejos de Medicina Interna, sigo considerando, actuando y resolviendo los problemas médicos basado fundamentalmente en los parámetros básicos de la Medicina Interna.

¿Qué fue para Usted lo más importante del trabajo del HC [o qué le aportó ese tiempo de trabajo en el HC]?

Como ya me he expresado, aprendí a pensar en lo médico con los criterios del internista. Aún hoy les relato a alumnos o pacientes lo que enseñaba García Otero: "cuando usted se enfrenta a un paciente que viene con mucho papel, piense que una ráfaga de viento se llevó los papeles y que lo que queda frente a usted es el paciente cuyo problema debe resolver. Escúchelo, examínelo, piense en un diagnostico médico y sólo después vaya a recoger los dispersos papeles". Esto lo he hecho en mis 50 años como profesional.

¿Qué le gustaría que ocurriese en el HC?

Que fuera el mejor centro médico y hospital universitario, que formara médicos para el siglo XXI, sin dejar de lado los aspectos clínicos y humanos de la Medicina, en la cual nos formamos en el siglo XX.

---

* Respuesta desde Tel Aviv, Israel, al cuestionario enviado en junio de 2008.

SR. MIGUEL LLADÓ*

En el marco de la conmemoración de los 55 años del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", accediendo con agrado a la invitación que se me hace, tengo el placer de participar, en la recopilación de hechos que han conformado la historia del Hospital, tan preciado por mí.



¿Cuándo comenzó su vinculación con el HC; cómo fue el ingreso, en qué servicio, quién era el jefe, recuerda el equipo que integraba, cómo fue trabajar allí, cuántos años trabajó en el HC?

Ingresé al Hospital de Clínicas el 11 de setiembre de 1961, mediante llamado público al cargo de ayudante de servicios generales. En 1975 fui sumariado y despedido por la dictadura, reintegrándome con la democracia en 1985 y en 1998 me jubilé.

Antes de trabajar en el Hospital, mi oficio era vidriero en fundición, en el cual trabajé durante 17 años, por lo que el ingreso al Hospital fue una experiencia totalmente diferente, por las nuevas tareas que allí debía realizar, lo cual no fue un obstáculo, pues rápidamente me ambienté y logré excelente compañerismo y amistades entrañables a lo largo de tantos años. Realicé diferentes tareas en varios sectores del Hospital. Y en mi caso, todas las tareas allí realizadas siempre las vinculé con la importancia de estar relacionadas con un Hospital Universitario, no solo asistencial, que es lo que uno percibe en primera instancia, sino que también está abocado a la docencia y la investigación, por lo tanto era lógico luchar por partidas presupuestales para el cometido de la institución y el mejoramiento salarial de sus funcionarios, presupuestos que a raíz de durísimas luchas se lograban partidas votadas por el

* Respuesta del Sr. Miguel Lladó al cuestionario presentado el 9 de junio de 2008. El Sr. Lladó, funcionario del Hospital, fue dirigente gremial de la Unión de Trabajadores del Hospital de Clínicas (UTHC) e integró la Comisión Directiva del Hospital de Clínicas en representación de los trabajadores no docentes.

Parlamento, pero después no se pagaban, llegando así a un acumulamiento de deuda que alcanzó a 3.000:000.000 de pesos uruguayos de la época. De ahí es que, junto a compañeros con ideas parecidas nos abocamos a una fuerte actividad sindical y social.

Recuerdo a un Hospital con algunos pisos y salas todavía deshabitadas, sin el muro perimetral, aun el Instituto de Reumatología no estaba construido, no existían comercios en planta baja, en frente al Hospital estaba el "boliche de Pérez", muy popular en aquella época, cuando Avenida Italia era de una sola vía.

¿Qué fue para usted lo más importante del trabajo del HC [o qué le aportó ese tiempo de trabajo en el HC]?

Todas estas vivencias quedaron en el recuerdo, pero lo más importante creo, fue el vínculo con esa gran cantidad de hombres y mujeres que constituían el sostén del Hospital y su funcionamiento diario, donde tuve la fortuna de conocer a los directores de aquella época, de los años 1960, que eran el Dr. Villar, el Dr. Ripa y el Dr. Nowinski, todos con la gran capacidad, solvencia y fraternidad que siempre los caracterizó. La jefatura del Departamento de Enfermería la ejercía la Nurse Dora Ibarburu, mujer brillante y excepcional universitaria.

¿Cómo era el Hospital de entonces?

Recuerdo los eventos que se realizaban en el Piso 19, una sala magnífica, que lamentablemente en el período de la intervención dictatorial fue convertida en depósito de chatarra. Cuando nos reintegramos, en la democracia, se restauró totalmente y se hicieron proyectos para utilizarlo inclusive para eventos internacionales.

En ese período se inició una política de reestructura del Hospital, donde se llegó a tener más de 100 operarios de Obras Públicas. Se llevó a cabo en forma incipiente la reforma de Farmacia para la elaboración de determinados medicamentos, así como modificar todo el sector de Emergencia, de ahí el cambio del taller de imprenta para el ala Este, entre otras iniciativas que estaban planteadas.

Creo que estas ideas chocaron con intereses foráneos y económicos donde pesó más el egoísmo personal, por el cual las autoridades de la Facultad de Medicina de la época no apoyaron ni posibilitaron la apertura y modernización del Hospital, obstaculizando y desgastando todo el esfuerzo realizado, ese fue un momento triste para el Hospital y sus autoridades.

¿Qué recuerda como lo mejor y lo peor que usted haya presenciado en su historia (vinculada a su pasaje por el HC)?

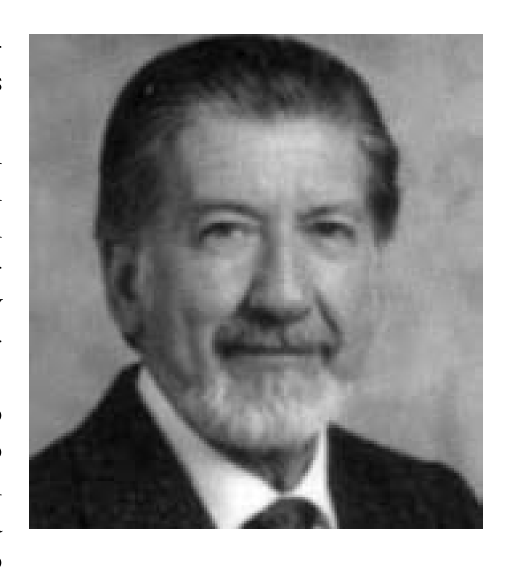
Debemos decir que en el Hospital existe una historia y una mística de dignidad universitaria. Recuerdo cuando en el año 1974 la dictadura intervino el Hospital de Clínicas, a las escaleras de planta baja, donde ahora está el busto de Artigas, llegó una delegación en representación del régimen, encabezada por el coronel Dr. Boix, a efectuar la intervención del Hospital. Allí estaba el Director Dr. Hugo Villar junto a funcionarios que lo estábamos acompañando. En un momento muy tenso, bajo la atenta mirada de todos nosotros y con la tensión de ese momento en el cual nos sentíamos totalmente avasallados, pero más unidos que nunca, el coronel en un gesto de hipocresía tiende la mano, la cual es ignorada por el Dr. Hugo Villar. Si bien las personas no se repiten y eso es bueno, sí se repiten de una u otra forma esas posturas de principios que se prolongaron a lo largo del tiempo, en la resistencia a aquella ignominiosa intervención. Fue un momento triste, pero que fortalece y acumula.

¿Qué le gustaría que ocurriese en el HC?

Que desde la Dirección, pasando por las jefaturas, los mandos medios y todo el personal, estén todos unidos para luchar siempre por un presupuesto adecuado y una distribución justa. Para esto es capital el entendimiento de los diferentes Órdenes. Nuestro Prócer dijo "Nada debemos esperar sino de nosotros mismos".

DR. DANTE PETRUCCELLI ROMERO*

¿Cuándo comenzó su vinculación con el Hospital de Clínicas (HC); cómo fue el ingreso, en qué servicio, quién era el jefe? ¿Recuerda el equipo que integraba, cómo fue trabajar allí, cuántos años trabajó en el HC?



Ingresé a la Facultad de Medicina en 1948 (con los profesores Humberto May y Diamante Bennati) y al Hospital Pasteur en 1950 (con los profesores Pedro Larghero y Raúl Piaggio Blanco, por 2 años); luego al Hospital Pereira Rossell, (con los profesores Euclides Peluffo en Pediatría y Manuel Rodríguez López en Ginecología y Obstetricia).

Mi "verdadero" primer ingreso al Hospital de Clínicas, fue formando parte de una marcha de estudiantes en 1953, que creo comenzó en la plaza Cagancha, pasó por el MSP gritando consignas y entró al Hospital. En el primer piso se hizo un estrado y ahí hablaron varias personas. Sólo recuerdo al delegado estudiantil Ademar Morales, que luego se fue a ejercer en la ciudad de Treinta y Tres, y a quien no vi nunca más. Él hizo un discurso vibrante, agresivo, contra el gobierno y sobre todo, contra Eduardo Blanco Acevedo. Guardo una foto aparecida en *El Estudiante Libre;* en la cual creo que estoy sentado en primera fila (los petisos siempre adelante).

En 1954 comencé como Practicante Interno en el servicio del Prof. Julio Nin y Silva (en el Hospital Pasteur) y en el segundo semestre pasé al Servicio de ORL del Hospital de Clínicas (a cargo del Prof. Pedro Regules). Este fue pues mi "ingreso" al hospital universitario, como "trabajador"; allí tuve la suerte de trabajar con excelentes personas y buenos docentes como Luis A. Castillo, Héctor Rebagliatti, Volker Stapff, y otros que ustedes tendrán en los documentos del Hospìtal. Tuve la suerte de conocer también al Profesor de Odontología

* Respuesta al cuestionario enviado en junio de 2008.

Dr. Julio Turell, ya un alto exponente de esa disciplina pero que luego alcanzó un prestigio internacional, que parece ser ignorado (aunque el Prof. Fernando Mañé Garzón conoce bien el tema), el que concurrió a esa policlínica a ver patología bucal. Luego fui al Pereira Rossell (otra vez a los servicios de los profesores Euclides Peluffo y Manuel Rodríguez López), pero ahora como Practicante Interno.

Volví al Hospital de Clínicas en 1957: 2 semestres en Clínica Médica A (profesor Julio C. García Otero) y me recibí en setiembre de ese año.

En el Hospital de Clínicas, como en los otros hospitales, hacíamos guardias de urgencia: en esa época sólo 2 internos y 1 médico de guardia. Recuerdo bien que en el semestre en que trabajé en ORL, el servicio de puerta cerraba a las 22 h. y los internos y el médico de guardia subíamos al piso 19 a dormir, quedando de guardia interna en el hospital. Antes cenábamos, generalmente en un área de cocina del hospital, donde la comida era excelente.

En la Clínica del Profesor García Otero, el Grado 4 era el Prof. Héctor Franchi Padé y entre los Grados 3 estaban Carlos Oehninger y José Scherschener; y como Grado 2 Adrián Fernández, que en esos años fue a París, al Servicio del Prof. Hamburger, usando la Beca Artigas de la UDELAR y la Beca Anual de la Facultad de Medicina, que había ganado por su alta escolaridad. A su regreso puso en marcha la Diálisis Peritoneal, la primera en una paciente joven (en la veintena) con un Síndrome Nefrósico irreductible con la medicación disponible entonces, no tenía insuficiencia renal. La dializó con líquido hipertónico glucosado y doble catéter (entrada y salida, pasaje continuo) un método que del 60 en adelante se dejó de usar. En esta tarea de valor histórico, fue ayudado por el Dr. Escipión Oliveira, quien poco después emigró a la República Dominicana y allí trabajó el resto de su vida con gran destaque. Según me han dicho falleció hace pocos años.

En la primavera del 57 (yo ya estaba recibido) el Dr. Adrián Fernández nos invitó, a Walter Espasandín y a mí, a que lo ayudáramos a poner en marcha un aparato para hemodiálisis, comprado en Europa por el Profesor Franchi Padé, según él mismo me lo manifestó. El dinero para su adquisición, se dijo, provino de la Cátedra del Prof. José Pedro Migliaro, con el apoyo del Profesor José J. Estable. Ellos tres formaron la Comisión que controló el trabajo del Dr. Fernández los primeros años. Trabajamos honorariamente hasta el año 63 (Espasandín se retiró antes). En ese año o el siguiente se crearon 2 cargos contratados bajo un título que creo era "profesionales médicos" (algo extraño para mí). En el 64, el Dr. Adrián Fernández solicitó y le fue concedido el tiempo completo en Fisiopatología y se retiró de estas tareas (luego denominada Unidad de Riñón Artificial) y quedé yo a cargo, nombrándose en el cargo vacante al Dr. Luis Campalans. En el 66 o 67 ingresaron como ayudantes honorarios (aceptados por nosotros) los Practicantes Teresita Llopart,

Ernesto Corio y Raúl Lombardi. Ustedes podrán encontrar si les interesa este proceso, que, a diferencia del origen del CTI, se desarrolló de algún modo sin apoyo directo de la Dirección del Hospital, en los 3 últimos números de la Revista *Archivos de Medicina Interna* del año pasado y en un texto que entregamos en el Departamento de Historia de la Medicina que dirige en la Facultad de Medicina el Dr. Fernando Mañé Garzón, luego de una exposición que realizamos en junio de 2007 con los Dres. Llopart, Corio y José Grunberg. También hay allí datos sobre la visita del Prof. Williem Kolff al Hospital de Clínicas, en 1968, invitado por mí con el apoyo del Decano Hermógenes Álvarez.

Si bien hubo períodos de relativo alejamiento, puedo decir, de un modo general, que después que ingresé al Hospital de Clínicas, concurrí de modo ininterrumpido hasta que renuncié al cargo de Prof. Interino de Nefrología el 29 de febrero de 1979, sucediéndome el Dr. Nelson Mazzuchi, nombrado titular. Aclaro que mi renuncia fue un acto de decisión personal debido a muchas razones. Esa década, como sabemos, fue muy difícil. En plena dictadura, mi permanencia fue muy criticada por muchos amigos; en el año 1978 llevaron detenido a Raúl Lombardi; falleció Campalans el 18 noviembre de 1978 y antes habían sido cesados (creo que en 1977) Campalans y Mazzuchi, por razones políticas. Intervinieron en su defensa distintas personas a las que ellos recurrieron; personalmente fui a hablar al centro de la calle 8 de Octubre, el Estado Mayor Conjunto (ESMACO) a explicar la necesidad que tenía de esas personas y su importancia; así como fui al ministro de Defensa Dr. Walter Ravenna para que se interesara por Lombardi, al año siguiente.

Debo decir que durante la Intervención no fui incomodado especialmente en lo personal; por otra parte, las críticas recibidas de amigos, se compensaron con estímulos recibidos por ejemplo de Juanacho Gómez Gotuzzo y otros, no médicos, como el escritor Miguel A. Campodónico, entre otras personas.

En la década de los años 50, el Hospital de Clínicas funcionaba en un alto nivel, en todo sentido; concentraba clínicas con grandes docentes en todos los niveles, pero además, todo funcionaba perfectamente, ascensores, calefacción alimentación, etc. El personal se vestía con gran prolijidad y los pacientes que podían deambular, lo hacían vestidos con pantalones y sacones o *robe de chambre,* blancos, y pantuflas, solían sentarse en al solario central o en el de su sala y conversar. La comida llegaba en carros termos que funcionaban perfectamente y los platos humeaban (a lo mejor esa Comisión cree que la vejez me hace delirar, pero es verdad).

Trabajar ahí pues era excelente. Había un gran respeto por el enfermo y una buena relación con Enfermería y Archivo. Éste era excelente.

Luego de renunciar en 1979, continué yendo de modo esporádico a los ateneos de Nefrología y a las sesiones de la Sociedad Uruguaya de Nefrología,

que yo fundé en 1982, y que en los primeros 2 años o poco más se hicieron en el Centro de Nefrología por razones prácticas y docentes.

Por último, luego de mi retiro definitivo de toda actividad asistencial y científica, el Prof. Uruguay Larre Borges, nombrado Director de la Escuela de Graduados, solicitó mi apoyo y concurrí casi diariamente al Piso 20 durante todo su mandato, trabajando en un área nueva creada por Larre Borges, para el tema Desarrollo Profesional Médico Continuo (antes Educación Médica Continua). Allí trabajé 10 años, 8 con Larre Borges y 2 con Jorge Torres. Me retiré en el 2004.

Integré la Comisión Directiva del Hospital, siendo su Presidente el Dr. Jorge Dighiero, Director el Dr. Hugo Villar y los Asistentes Nowinski y Ripa, siendo yo representante del orden de Egresados. Fue una excelente experiencia para mí y aprendí mucho del cuerpo de Dirección en esas reuniones, más allá de discrepancias que se discutían como correspondía. En una de esas reuniones semanales, recuerdo la sesión en que Nowinski presentó su propuesta del logo de hospital, que fue aprobado por unanimidad y que yo consideré muy adecuado tanto en lo simbólico como en lo estético.

Muchas personalidades del más alto nivel pude conocer en el Hospital, conocimiento siempre muy estimulante para nosotros.

¿Qué fue para Usted lo más importante del trabajo del HC [o qué le aportó ese tiempo de trabajo en el HC]?

¿Lo más importante? Todo, es muy difícil poder aquilatar en un periodo tan largo, en el que uno entra con poco más de 20 años y se retira con más de 70, porque cada época es distinta, por supuesto; tal vez uno podría resumir esta contestación diciendo que lo más importante fue trabajar en mis comienzos en un centro universitario de muy alto nivel, lo que seguramente marcó el futuro; puedo señalar que ser protagonista principal, gracias a la invitación del Dr. Adrián Fernández, de los comienzos de la Nefrología, sea lo más destacable. La bibliografía que cité puede ser de interés y estamos trabajando en un texto más ambicioso, a presentar antes de fin de año. A lo mejor hay ahí algún material que les puede ser útil.

¿Cómo era el Hospital de entonces?

El Hospital de entonces (años 50) era excelente.

¿Qué recuerda como lo mejor y lo peor que usted haya presenciado en su historia [vinculada a su pasaje por el HC]?

Lo mejor: ese comienzo y lo peor: ver su decadencia por falta de rubros y a veces por conflictos, a lo mejor justos, pero siempre penosos en el área de la salud. Creo que la Dirección de la Dra. Ubach ha mejorado aspectos importantes del Hospital, lo que mucho me place. Para mí, poner en marcha el Centro de Nefrología en el año 1976 y luego, ya bajo la dirección de Mazzuchi, asistir, invitado por éste, a la primera clase del primer curso para nefrólogos, fue una profunda satisfacción y algo así como llegar a destino: ("bueno ahora sigan ustedes"). Tengo fotos en ocasión del primer trasplante renal, realizado en el país, en junio de 1969 (el 2º fue en noviembre, tal vez), con dador cadavérico. Otros con dadores vivos fueron en 1974 y 1976. Sobre eso hay fotos de los diarios. Pero la más representativa muestra al decano Hermógenes Álvarez, a los directores del Hospital, los Dres. Nowinski, Ripa y yo. Bueno, tal vez esto fue sin duda otro de los puntos altos. Larre Borges destaca en su texto la respuesta magnífica que tuvo TODO el hospital, desde la Dirección hasta los servicios auxiliares, así como también el Decano luego, ante un hecho que nos tomó a todos por sorpresa; si bien estábamos trabajando en eso y el Profesor Frank A. Hughes nos alertaba cuando había una posibilidad. Lo cierto fue que la decisión de Larre Borges de proceder al trasplante fue como un rayo y nos tomó a todos de sorpresa, pero la respuesta fue perfecta a todo nivel, en todas las áreas del hospital, sobre todo de enfermería, laboratorio, etc. Pero también al nivel político, Decano, Dirección, al enfrentar a la prensa en un momento en que la Universidad estaba siendo vapuleada (27 de junio de 1969).

¿Qué le gustaría que ocurriese en el HC?

Que recibiera los rubros suficientes para que vuelva a ser el centro universitario "de punta" incorporando tecnología, etc., pero eso no sería suficiente, sería incompleto, si, como se ha propuesto varias veces por las autoridades, no se funciona con la comunidad, de preferencia en acuerdo con el MSP y el hospital asiste una zona ("el barrio") lo cual sería magnífico para la comunidad, pero además (esa es su función) colocaría el aprendizaje en un justo equilibrio entre la alta tecnología y la Asistencia Primaria de la Salud, de la cual mucho se habla pero desconozco cuánto se cumple de modo "no forzado" sino natural.

DR. RAÚL PRADERI*

¿Cuándo comenzó su vinculación con el Hospital de Clínicas; cómo fue el ingreso, en qué servicio, quién era el jefe, recuerda el equipo que integraba, cómo fue trabajar allí, cuántos años trabajó en el Hospital de Clínicas?



Ingresé en mayo de 1957 por concurso de Oposición como adjunto de Clínica Quirúrgica en la Clínica del Prof. Abel Chifflet que desempeñé durante 3 años. Luego accedí al cargo de Asistente durante 4 años. El equipo de cirugía que integraba, la Clínica del Prof. Chifflet, llegó a operar 80 pacientes por mes. Fue la época de oro del Hospital de Clínicas, en el cual trabajé durante casi 20 años.

También, en 1957 obtuve por llamado a aspirantes, el cargo de Cirujano de Guardia Interino, que como no se consideraba docente, acumulaba con el cargo de Adjunto. Era el único cirujano de guardia con turnos de 12 horas. Realizaba personalmente alrededor de 30 intervenciones por mes. Fui cirujano adjunto de guardia interino o suplente durante casi 20 años (vivía prácticamente en el Clínicas, porque pasaba contravisita todas las tardes y muchos domingos). Me integré también al equipo de cirugía cardíaca como ayudante los miércoles de tarde.

Después de la muerte de Chifflet obtuve el cargo de Profesor Agregado en la clínica del Prof. Jorge Pradines que desempeñé por poco tiempo, porque en 1976 obtuve por concurso de méritos el cargo de grado 5 de Clínica Quirúrgica en el Hospital Maciel, donde me quedé por 16 años, hasta 1992.

* Entrevista realizada el 12 de mayo de 2011 por Antonio Turnes y Eduardo Wilson.

Tengo muy buenos recuerdos del Clínicas, y relataré una anécdota que demuestra lo antedicho. Me llamaron de Personal para informarme que tenía 3.000 horas extras trabajadas y preguntarme qué hacían. Les dije que nada.

La primera Clínica que se mudó fue la de Pablo Purriel. Entonces el Director era Helvecio Tabárez. Entré de Jefe de Clínica, y en lugar de entrar en marzo entré en mayo. La Clínica del Prof. Chifflet se mudó al Hospital a ocupar la antigua clínica de Stajano, que fue la primera Clínica quirúrgica. Yo había sido practicante externo de Stajano y el profesor siempre me trató muy bien. Chifflet había sido Agregado de Stajano en el H. Pasteur. Fuimos al Piso 9 y siempre seguí en él. Me doy cuenta de que tuve mucha suerte en la vida; pasé naufragios, cascadas, volé 890 vuelos y estoy acá.

Stajano tenía el piso lleno de letreros en las paredes: "Ama a quien puedas; ama como puedas; ama siempre que puedas". "Cirugía sin alma, no es Cirugía". Era discípulo de Enrique Pouey. Curiosamente en el Hospital Pereira Rossell, Pouey, Tarigo y otros más, tenían servicios pequeños, de cirugía, y operaban vías biliares, siendo ginecólogos. Los primeros cirujanos abdominales en el Uruguay fueron ginecólogos. Y el primero que hizo una operación completa de vías biliares, colecistectomía y coledocotomía, fue el discípulo de Pouey, Bottaro. Dice Wilson que Pouey fue el primero que operó una neuralgia del trigémino en el Uruguay: una resección del ganglio de Gasser por vía facial, resecó el malar haciendo una resección del ganglio, empleando la técnica de un alemán que luego se abandonó porque dejaba unas mutilaciones enormes. Era un enfermo de Jacinto de León, quien publicó el caso. Pouey tenía un enorme coraje.

El viejo Pouey le hizo hacer un estudio a Stajano, de ponerle alquitrán en las orejas a los conejos, y les producía cáncer. Hay un libro que hizo en 1925 Carlos V. Stajano, denominado "Trofismo y Cáncer". Antes de ser cirujano, fue ginecólogo.

En mayo entré de Jefe de Clínica; había entrado segundo en el concurso para 7 cargos, que me ganó Pedro Echeverría Prieto, de Durazno, que era un año menor que yo, y que también hace Historia de la Medicina y es un gran cirujano. Yo había sido Practicante Externo en Stajano; Disector de Anatomía que había entrado en el primer puesto en 1950; Ayudante de Clase de Patología, también en el primer puesto en 1955 y Practicante Interno de Salud Pública. Fui Interno en la Clínica de Chifflet en el H. Pasteur.

Entramos al Clínicas en 1957 con los otros jefes de Clínica de Chifflet que eran Luis Felipe Díaz y Manlio Chizzola, que era un poco mayor que nosotros y había sido disector también. A Felipe Díaz le tocó la Sala 2, de mujeres, y a mí la 4, también de mujeres. Ninguno de los dos había sido Interno de Chifflet, pero en realidad la definición de quién uno es discípulo, es de quién fue Jefe de Clínica. La Clínica de Chifflet era la más solicitada, y entonces entramos tres, porque era la más nueva y tenía todos los cargos libres. Crestanello, en un

concurso ulterior, entró con Gómez Fossati. Como no tuvo lugar en la Clínica de Chifflet, se fue a la Clínica de Eduardo C. Palma. Pero él se considera discípulo de Chifflet, y está escribiendo un libro sobre Abel Chifflet.

Cuando llegamos al Hospital, teníamos 4 salas, y la coordinación operatoria que llevábamos, era fenomenal. Siempre tuve internos muy buenos: tuve a Bolívar Delgado, a Celso Silva, a Milton Mazza; llegaban y se venían de tarde a hacer las historias. Yo tenía Sala de Mujeres, que se mueve mucho más que la Sala de Hombres, y se mueren mucho menos. Un día le llevo la coordinación a Chifflet, y la sala tenía 18 enfermos. Yo llevé a la coordinación 16. "¿Cuántos tiene para operar, Praderi?" preguntó el profesor. "Dieciséis, le contesté". "¿Y los de la semana pasada?" "Ya se fueron de alta". Entonces, me dijo: "Márquese todos los que quiera". Entonces marqué como 10 enfermos, y pasábamos todo el día operando, con Ormaechea. Carlos Ormaechea siempre fue de la Clínica de Chifflet y con Ruben Varela Soto eran dos tipos brillantes, que trabajaban en la consulta con Chifflet, en su consultorio privado. El *Vasco* Ormaechea hizo la cirugía de la hipertensión portal, que se inició en el Hospital de Clínicas igual que la Cirugía Vascular, la de Aorta y la Cirugía Cardíaca.

De la Clínica de Stajano, los profesores agregados, cuando estaba en el H. Maciel, eran Eduardo C. Palma y Abel Chifflet. Pero luego Chifflet entró de profesor de Medicina Operatoria, cargo que tenía cuando fue Decano, que era una cátedra muy importante, de la que no se ha escrito la historia. Había otros distinguidos cirujanos en la Clínica de Stajano, que eran José Suárez Meléndez, (un distinguido cirujano que hacía cirugía de foco tuberculoso, quien me operó a mí de una tuberculosis que contraje por una herida durante una intervención, en el dedo índice de la mano derecha, y siempre estaba muy orgulloso porque me lo salvó) y Julio C. Priario.

En el Clínicas recién fundado, se habían llamado los cargos de cirujano de Puerta. Por reglamento, no era docente, y los que tenían cargos en Salud Pública no se podían presentar por tener un cargo no docente. Nos pudimos presentar dos: Francisco Gómez Gotuzzo y yo, entrando ambos como Cirujanos de Puerta del Clínicas. El cirujano de guardia del HC hacía turnos de doce horas. A diferencia de los hospitales del MSP que hacían turnos de 24 horas, en los que entraban a mediodía, y estaban hasta el día siguiente. El cirujano de Puerta era independiente de las Clínicas, y estaba dispuesto a qué clínica iban los enfermos que ingresaban. El día que estaba de guardia yo, mis operados iban a la Clínica de Juan Carlos del Campo, y había un Asistente de la Clínica de guardia, que estaba respaldando al Cirujano de Guardia. A mí me tocó un tipo sensacional que era Máximo Karlen, uno de los más serios de la clínica de del Campo; era de Colonia Suiza y escribió un famoso trabajo sobre fascia endotorácica. Yo tenía la obligación de avisarle cada enfermo que iba a ingresarle, aunque a veces llegaba un enfermo con una puñalada en el tórax o en el abdomen, y tenía que operarlo

de inmediato y avisarle después. Él se llevó bárbaro conmigo. Solamente una vez vino Máximo Karlen, en una apendicitis muy compleja, que me dijo: "Amplíe la incisión. La pared no importa nada en la apendicitis".

Como yo operaba mucho en la Clínica de Chifflet, no quería usar las camas con la guardia, e iban a la Clínica de del Campo. Y los profesores agregados de del Campo y los jefes de clínica, me miraban mal porque les ocupaba las camas. La primera toracotomía que hice en mi vida la hice allí.

El cirujano de guardia no tenía jefe, era él solito. Operaba con los Practicantes Internos. No había anestesista de guardia, había que llamarlo, porque estaba de retén afuera. Un día tuve que llamar al anestesista por un quemado y le tuve que mentir, que tenía un enfermo traumatizado grave, porque si le decía que era por un quemado, tal vez que no venía. Estaba encantado porque me había preparado para Cirugía. Cuando fui Interno, de las seis rotaciones, fui una sola a un servicio de Medicina. Me aburrí como loco, porque auscultando era muy malo. Estaba en la Clínica de Juan Carlos Plá, donde había muy buena gente, entre ellos estaba Julio E. Arsuaga, que después fue Decano interino, Luis Campalans, Gonzalo Fernández, en la Sala 13 del Pasteur. La Sala de al lado era la sala 11, que era de Vigil Sóñora, donde iban los pacientes operados de la Guardia. Me iba a la sala 11 y operaba los enfermos que habían quedado sin operar de la guardia, siendo Interno. Antes fui Interno de Traumatología con Masliah, después de Urología, donde el primer día que llegué me mandaron hacer una talla vesical y operaba de todo; luego de Ginecología con Juan J. Crottogini, también bárbaro; hice Cirugía de Niños con Ricardo B. Yannicelli, en la Policlínica; y Cirugía General con Abel Chifflet en el H. Pasteur. En mi época a los Internos que tenían vocación quirúrgica los dejaban operar. Empecé a operar en 1950, aunque me recibí en 1956. Era una costumbre que había antes. Una vez operé el mismo día una herida de arma blanca de tórax bilateral y otro paciente grave. El primer trabajo publicado mío fue un chiquilín de ocho años, un niño italiano que mirando por una escopeta, se le disparó sobre el globo ocular lleno de chumbos, tuve que ligarle la arteria oftálmica y el nervio óptico, resecarle una porción o casi todo el lóbulo frontal, [porque yo había aprendido con Palma que hacía Neurocirugía y hacía las leucotomías], ligué la meníngea media, le roté un colgajo, y le abordé después por la fosa canina y le drené el seno maxilar. Porque el hueso estaba volado, el techo de órbita y el frontal. Lo dejé como un cíclope, con un solo ojo. Años después Fregeiro y Möller le reconstruyeron la órbita y le hicieron una prótesis. Finalmente Wilson terminó de hacerle otra intervención para reconstruirle parte de las heridas residuales. Siendo yo cirujano de puerta del Clínicas, como seis años después, me llega el mismo paciente, ya muy grandote, con un ojo solo, y me dice: "Doctor, quiero que me ponga la vista". Había hecho una crisis epiléptica, porque tenía

una porción de cerebro pegada a la piel. Ahí fue cuando lo mandé operar. Una coincidencia o suerte, que hubiera venido a mi propia guardia.

Hice una carrera muy especial. La mía no fue muy clásica: hice toda la carrera hasta 5º año, y en ese ínterin intercalaba concursos: el de Disector primero, y el de Ayudante de clase de Patología Quirúrgica después. Intercalé los períodos de estudio para preparar los concursos. Además era Interno.

La Cátedra donde se enseñaba la técnica quirúrgica era la de Medicina Operatoria, en la cual habían estado Velarde Pérez Fontana, Abel Chifflet, que era un gran profesor que enseñaba anatomía quirúrgica y cirugía y Walter Suiffet, que era un muy buen cirujano clásico. Era un cirujano de coordinación, no de urgencia.

¿Qué fue para usted lo más importante del trabajo del Hospital de Clínicas?

Creo que la descripción de la técnica de intubación transhepática en cáncer biliar, que realicé allí, a partir de 1961, con todas sus variantes, y publiqué por primera vez en la literatura mundial.

Además, con el Prof. Agregado Carlos Ormaechea se realizó allí el primer injerto de aorta abdominal con prótesis biológica, pues había un banco de arterias que se conservaban liofilizadas en el Banco de Sangre y Plasma.

En todas las clínicas quirúrgicas había un profesor, pero se forman dos binomios, el Jefe de Clínica con el Interno (el mío fue Osvaldo Fregeiro, yo operaba de mañana y él me ayudaba, y de tarde operaba él y le ayudaba yo). Le enseñé a operar vías biliares, de todo y un día me voy de vacaciones en enero, y cuando vuelvo Arana se lo había venido a buscar para llevarlo a Neurocirugía. Arana lideraba un grupo que se llevaba muy bien, tenía becarios extranjeros: Antoniuk, un brasileño, un becario de Bahía Blanca, Lemonnier, que le operé a la cuñada, y el hijo de Tejerina Fotheringham, de Rosario. Arana era un tipo sensacional, era el Presidente de la Seccional Uruguaya del International College of Surgeons y yo era el Secretario. A veces iba a la casa, tenía una biblioteca enorme, y una esposa excelente, Marieta, una valenciana. Cuando estaba de guardia en el HC iba a ver operar a Arana. Ahí aprendía Neurología, y me trató bárbaro. Operé una vez un paciente con un traumatismo de cráneo con fractura y hundimiento. Tenía el nervio óptico cortado, y el paciente despierto. Arana no creyó en mí y lo reoperó y constató que efectivamente lo tenía cortado.

Chifflet llevaba a los jefes de clínica a que lo ayudaran a operar privadamente en forma honoraria. Los primeros ayudantes fueron Ormaechea y Ruben Varela Soto. Pero después, cuando tenían que comprarse un auto, les compraba el auto. Mi hermano y yo no podíamos ir a ayudarlo de tarde, porque trabajábamos en Anatomía en la Facultad. Luego fueron Bolívar Delgado, Gonzalo

Maquieira, y Lucas, que le ayudaban en el Consultorio un día, y otros días a operar.

Hablemos de la Cirugía Vascular. En la Clínica de Chifflet se fortaleció la cirugía vascular, que estaba en pañales en esa época. El único que la hacía era Eduardo C. Palma, porque había viajado y tenía mucha plata, yendo a las mejores Clínicas. Antes de entrar al Clínicas fui a ver una vez una operación de Palma, una cirugía de hipertensión portal.

Carlos Ormaechea era un cirujano de gran calidad. Estuvimos Felipe Díaz y yo de "leucocitos" de la guardia del *Vasco* Ormaechea. Cayó un paciente herido de una puñalada, que murió. Y él propuso sacarle asépticamente la arteria femoral o la ilíaca, y esa fue la primera vez que utilizamos arterias liofilizadas para formar el Banco de Arterias. Lo hicimos de noche, a escondidas. En el Servicio de Transfusiones (Sangre y Plasma) del HC, hicimos el Banco de Arterias. Muy prolijamente C. Ormaechea llevaba un cuaderno donde registraba con todo detalle las arterias que teníamos en el Banco y sus diámetros. Los aneurismas de aorta abdominal eran fundamentalmente arteriosclerosos, aunque los torácicos en esa época eran generalmente sifilíticos. Una vez llegué a ver en un cadáver de Anatomía, un aneurisma de aorta torácica, que se había comido la columna vertebral y estaba el saco del aneurisma en contacto con la duramadre. Llegamos a operar uno solo, creo que un enfermero del Pasteur, de un aneurisma sifilítico de aorta abdominal. Pero la generalidad eran arterioscleróticos. Empezamos a estudiar todo el asunto y Ormaechea no tenía formación anatómica, pero tenía condiciones naturales de cirujano. Hicimos dos equipos: uno que era con mi hermano Luis y con Felipe Díaz y conmigo. Todas las mutualistas de Montevideo nos llamaban para operar aneurismas. Y nosotros operábamos cuando estaban ya rotos, con insuficiencia renal y con anuria. Y se nos morían todos, de anuria. Me acuerdo un caso, cuando yo estaba en la sala 4. Al fondo quedaba la sala 6 que era de Urología. Había llegado a esa sala un paciente que era el padre de una estudiante de Medicina. Veíamos que el profesor Juan Carlos del Campo pasaba todos los días y volvía. Un día fui a "chusmear" ahí, y era un aneurisma roto de aorta. Nos consultan por ese enfermo. El *Vasco* estaba en el Interior. Lo llamamos, se vino de afuera, y empezamos a operar a las 10 de la noche. Pero ese día habíamos empezado a operar a las 08.00 de la mañana, hasta las 08.00 de la noche, porque teníamos grandes coordinaciones. Luego hicimos un paréntesis, estando mi hermano Luis, Bolívar Delgado y yo. Llegó Ormaechea, y operamos al enfermo. Entonces le hicimos la resección del aneurisma, y luego la colocación de la prótesis. Él decía: "A ver la libreta del Banco: tal medida". Y como era el más joven del equipo, me mandaban traer la prótesis que estaba liofilizada, que era como una papa frita, había que humedecerla, hidratarla, y ligarle las colaterales, pinzando y ligando cada una. Esas aortas se utilizaban para los injertos. Pero ese paciente también se nos murió. Se nos murieron seis enfermos

seguidos. En un caso, que era de un cardiólogo, Eduardo Yannicelli, mi primo, averiguó qué diurético le podían dar a los pacientes que se nos morían de anuria, porque entonces no había diálisis. Consiguió el medicamento y ese se nos murió. Pero en aquel caso estuvimos operando hasta las 10 de la mañana del día siguiente, batiendo un récord. Bolívar Delgado se durmió en un banco. Era un gran cirujano, hicimos juntos el concurso de Salud Pública y entramos primero y segundo, pero lamentablemente se murió joven.

El primer injerto de aorta que vivió, fue un paciente con un síndrome de Leriche. El enfermo anduvo muy bien con el injerto de aorta. Era el primer injerto de aorta que se hizo en el Uruguay. Palma nunca había hecho esa cirugía. Sí operaba los *by pass* de vena en la femoral y los puentes. Los cirujanos después de la Guerra, empezaron a hacer *by pass* venosos, colocaban el injerto venoso en las arteriopatías de miembros inferiores. En el primer Congreso Mundial de Cirugía que fue en Roma, cuando recién me recibí, los únicos que estábamos éramos Palma y yo, por mi cuenta. Ahí conocí a Michael De Bakey y su grupo, que llevó 2.000 injertos de prótesis arteriales, y dejó a todo el mundo pasmado. Pero los 2.000 injertos de De Bakey se taparon todos; porque lo hacían con prótesis iguales a los de aorta, y se trombosaban. En cambio los de Palma, Fontaine y Kunlin, con vena, marchaban bien. Ese tipo de intervenciones los comenzó a hacer Palma en el Hospital de Clínicas.

En ese Congreso, yo quería ver la técnica de plicatura de la vena cava, que la había hecho De Weese, y quería hablar con él. Los congresos eran mucho más familiares. Estábamos Palma y yo y no nos hablábamos. Yo había visto que las trombosis de la vena femoral eran mucho más comunes del lado izquierdo, por un hecho anatómico, que la bifurcación de la aorta aprieta la vena ilíaca izquierda, porque pasa por delante, la estenosa. Eso lo había descrito Virchow, que la arteria del lado derecho aprieta a la vena femoral del lado izquierdo Empecé a operar por mi cuenta las trombectomías. Abría la femoral y en el tobillo comenzaba a comprimir desde abajo la arteria tibial y salía el trombo como un tallarín. La trombectomía de la vena ilíaca la habían hecho Kulenkampf, Lowen y Macltorner en los Estados Unidos, antes de la Guerra. Pero aquí la hice yo primero. Estudiando en el cadáver, ví que con una pinza de Randall, que es la de sacar los cálculos, tenía justo la forma de la vena ilíaca, y tenía que sacar, después de abrir la femoral, para no abrir el abdomen, pescaba la cabeza del trombo y lo sacaba, haciendo luego anticoagulantes y suturando la vena. Generalmente los pacientes se mejoraban. Hice varios enfermos y lo publiqué. Palma lo hizo un año después que yo, y lo presentó. Allí yo me paré y le dije que eso lo había hecho yo un año antes, y como era muy egocéntrico, se enojó conmigo y no me habló más. Inventó la operación llamada de Palma, que es en las trombosis venosas de un lado, persistentes, le hacía un *by pass* de vena cruzado, suprapúbica. Todo eso lo hizo en el Hospital de Clínicas, donde estuvo tan solo tres

años. Después volvió al Hospital Maciel, donde tenía la sala de Neurocirugía que había sido de Schroeder. La Cirugía Vascular en el Uruguay prácticamente comenzó en el Clínicas.

El paciente que operó Ormaechea por un síndrome de Leriche con la aorta de un muerto se llamaba Fernández. En el primer [el 7º] Congreso de Cirugía al que fui yo, ya recién recibido, en 1956, estaba Larghero, que operaba perros y presentó operaciones de aorta en perros, con más de cien casos. Larghero estaba muy preocupado por el tema de la cirugía vascular. Paralelamente Ormaechea y mi hermano comenzaron a hacer cirugía experimental en perros, también en Fisiología. Y yo que había ganado el concurso de ayudante de clase de Patología Quirúrgica, me ví que venía el asunto de la Cirugía vascular. Cuando era ayudante de Clase tuve un docente que era Juan Francisco Cassinelli, el patólogo, como Jefe del Departamento, un gran patólogo, de los más grandes que vi, que me fomentaba las cosas. Allí hacíamos cirugía experimental, con resecciones intestinales, infartos intestinales, y eso. Un día me compré unos clamps vasculares de Carrell (Alexis Carrell), que inventó hacer cirugía vascular por triangulación, para evitar que se le pegara una pared con otra. Y enseñó a los cirujanos del mundo a hacer la sutura vascular e inventó los clamps. Adquirí unos clamps de Carrell e hice mi primera sutura de aorta. Terminé la sutura y empezó a sangrar abundantemente. Y entonces me dice: "¡¡¡Para esto me tuviste una hora aguantando estos clamps!!!", porque era muy rasqueta. Y yo le dije: "Espere un momentito"; le puse una compresa y se acomodó. Cassinelli quedó encantado. Entonces empezamos a hacer cirugía vascular en perros. Le sacaba la vena cava al mismo perro y se la ponía al perro de aorta. Y como la cava tenía circulación colateral se arreglaba. Empecé a hacer injertos de aorta con cava. Y en el Congreso de cirugía presenté el trabajo de injerto de cava, que está en mi Curriculum. Ormaechea y mi hermano, operaban perros en Fisiología, como Larghero. Y lo que yo hacía lo hacía en Patología, así que nadie lo veía. Después vino Aquiles R. Lanza, un muy buen docente que luego se dedicó a la política. Después vino un concurso entre mis dos internos: Bolívar Delgado y Celso Silva, que ganó Celso.

En el momento del Congreso, Ormaechea presentó el primer injerto de aorta de Sudamérica, hecho en el Clínicas. El relato oficial era de Larghero, todo en perros. Y mientras tanto Ormaechea tenía un correlato sobre Síndrome de Leriche. Pero él operaba pacientes. Cuando le dieron la palabra a Ormaechea, tartamudo, mostró lo que era el síndrome, y relató que a un enfermo le había hecho un injerto de aorta terminal, de tal forma. Y al final, dice: "Fe- Fernández, pase", y lo aplaudieron como si fuera un actor, porque Fernández, el paciente, entró caminando y estaba fenómeno. Era el primer injerto de aorta. Estaba presente un argentino de La Plata, Grunfeld, que le dice: "¿Y cuándo operó al enfermo?" Ormaechea le dice "en fe-febrero, el 4". El 20 de febrero había hecho

Mercado el primer injerto de aorta humano en Argentina; le ganamos por dieciséis días. Creo que fue el primer injerto de aorta en Sudamérica. Y en Brasil, la primera vez que fuimos a un congreso brasilero, yo mostré la trombectomía venosa y Ormaechea el primer injerto de aorta. Todo eso se hizo en el Hospital de Clínicas.

Con Ormaechea resolvimos todos los temas de Cirugía Vascular. Llegó a hacer injerto de aorta, un aneurisma de aorta fistulizado en la cava, lo cerró con un injerto y anduvo bien. La Dra. Gerstle de Pasquet, publicó ese caso. Ormaechea operó un paciente ya operado de un cáncer de laringe, al que una metástasis había invadido la carótida primitiva izquierda, y al *Vasco* le ayudé a hacer la operación. Hizo un injerto de carótida primitiva, que podía haber dejado hemipléjico al enfermo. Pero como no sabíamos mucho, el enfermo anduvo bien. El primer injerto de carótida que se hizo en el Uruguay, se hizo en el Clínicas, ese enfermo de ORL.

Y con respecto a la cirugía de Hipertensión Portal, fue una epopeya. Había enfermos que iban a la Clínica Gastroenterológica, que tenían hemorragias por várices esofágicas. Había también enfermos en la Clínica de Purriel, que estaba en el Piso 8, debajo de la Clínica de Chifflet. Yo había sido Externo de Purriel, nos llevábamos muy bien; y prácticamente todos los enfermos de Purriel, de su Clínica, los operaba la clínica nuestra. Había una sala a la que ingresaban los cuadros raros, abdominales, y nos llamaba Purriel a ver esos enfermos. Había un gastroenterólogo muy bueno que era Mario Arcos Pérez. En la Clínica de Juan Carlos Plá, donde yo había estado, se formó Cándido Muñoz Monteavaro, que se había formado junto a Raúl Piaggio Blanco. Había enfermos ictéricos con diagnóstico de cirrosis, y Muñoz Monteavaro los hizo operar porque eran todos litiasis coledocianas. Eso fue mérito del Pasteur. Hubo enfermos con ascitis, que Piaggio los puncionaba, porque andaba con una aguja y pinchaba todo, y resultaron ser quistes de ovario. Las dos grandes cosas que hicieron los Médicos Internistas, que antes trataban como médicas enfermedades que eran quirúrgicas. En esa época la Cirugía hizo un *boom*. Toda la Cirugía uruguaya progresó gracias al Clínicas, teniendo en cuenta que Larghero también la hizo progresar en el Pasteur. Una cosa muy importante, fue la contravisita, de la que decía Velarde Pérez Fontana: “Este viejito canoso viene a ver los pacientes de madrugada, porque le pesa la conciencia”. Larghero hacía contravisitas a las tres de la mañana.

Empezamos a operar hipertensión portal y nos fuimos a San Pablo a ver operar a Montenegro. Porque en Brasil había mucha hipertensión portal por la Esquistosomiasis, enfermedad que había en el nordeste brasileño. Entonces los habitantes del nordeste que iban a San Pablo iban con esquistosomiasis e hipertensión portal. Chifflet fue un tipo visionario, que fue con todos sus discípulos a San Pablo. Estuvimos en un curso allí y aprendimos muchas cosas.

Seguimos con la hipertensión portal. Empezaron a llegar los pacientes de la Clínica Gastroenterológica, donde iban a consultar, que en esa época era la Cátedra de Muñoz Monteavaro, en la cual estaba la doctora Judith Ferraz, una distinguida gastroenteróloga, y también estaba Lula [María del Luján] Jaureguy, entonces casada con Manuel Gayoso. Y en la Clínica de Purriel estaba Mario Arcos Pérez. Entonces empezamos a operar en perros; a hacer anastomosis porto-cava en perros, y cosas así. Pero dijimos: "¡Qué tanto perro, vamos a seguir con la gente!" Entonces comenzamos a operar, y con el *Vasco* Ormaechea lo hicimos. Él operaba y yo lo ayudaba; a veces lo ayudaba mi hermano. La primera operación porto-cava la había hecho Palma en un cirrótico, y cuando suturó la anastomosis le cosió la pared posterior y el enfermo se le murió. Entonces del equipo había quedado el *Vasco* Ormaechea conmigo y nos propusimos hacer la primera anastomosis porto-cava término-terminal. Cortaba la vena porta, ligaba el cabo de arriba, y la porta la conectaba a la cava. En los enfermos, la sangre pasaba directamente del intestino, con todo el amoníaco, e iba directamente a la circulación general y al cerebro. La operación fue exitosa. Fui a ver al enfermo al otro día, y me dice: "Buen día, señorita". "¿Cómo?" "Buen día, señorita" me repite el enfermo. Yo me preguntaba "¿Qué pasó acá?". El paciente tenía una encefalopatía amoniacal y no sabíamos nada de la fisiopatología. Decíamos: vamos a darle bastante churrasco así está bien fuerte. Y la Dra. Ferraz nos dijo que de ninguna manera, y le cambiamos la dieta. Al otro día me dice: "Buen día, doctor". Aprendíamos a los golpes. La primera porto-cava término lateral, la primera porto-cava látero-lateral; la primera operación de Mac Dermott, que era unir por separado el cabo de arriba y el cabo de abajo, las hizo Ormaechea en el Hospital de Clínicas. El *Vasco* fue uno de los grandes cirujanos uruguayos. Yo hice la primera mesentérico-cava, cuando el paciente tenía una trombosis de la vena porta, y no podía hacer una anastomosis de la porta, porque estaba trombosada. Se cortaba la porta más abajo y se anastomosaba la mesentérica. Está publicada. Después con Bolívar Delgado hicimos la primera espleno-renal u Operación de Warren, una operación especial, pero fue fuera del Clínicas, en Empleados Civiles de la Nación.

Otra operación que hice en el Clínicas fue la Operación de Lemos Torre, un gastroenterólogo brasileño, que había inventado hacer una anastomosis del canal torácico, que desemboca en el ángulo de Pirogoff, que es un puntito chiquito. Entonces propuso hacer la anastomosis con el canal torácico donde era más grueso, de mayor calibre, en el mismo ángulo. Anastomosis linfo-venosa de Lemos Torres – Degni, y yo hice varias de esas en el Clínicas, incluyendo la primera. Y nos iba bien con los enfermos. Un día nos cayó un paciente, a quien el padre le había enseñado a tomar vino a los cuatro años, y que a los quince estaba cirrótico. A ese paciente lo operamos con Ormaechea.

La cirugía de colon de urgencia: la escuela de Larghero le tenía un terror pánico al colon. Entonces operaban un colon en tres tiempos: Primera operación, la colostomía. Después una segunda operación, le sacaban el tumor. Luego en una tercera, le cerraban la colostomía. Cuando gané el concurso de Salud Pública, elegí la clínica de Nin y Silva en el Pasteur. El primer día me hizo operar un apéndice. El segundo día una vesícula. Mi padre había sido Interno de él. Al tercer día me hizo llevarle todos los libros de mis viajes al Amazonas. Era un tipo bárbaro. Y al cuarto día, había una cantidad de viejas fistulizadas, y le dije: "Mire, todas esas viejas que tiene ahí, si me permite, se las voy a operar todas". Y se me murió alguna, pero había fístulas cólicas, fístulas biliares, de todo. Y el viejo Nin y Silva me dejó operar. Un día operé un aneurisma de arteria hepática abierto en vía biliar. (Caso número 20 en el mundo). Y Suiffet que estaba operando en otra sala, me estaba viendo operar y me dijo: "¿Y qué vas a hacer ahora?" "Le voy a sacar el aneurisma. Y después le voy a reconstruir la arteria hepática". Le puse un tubo transhepático. Caso número 20 en la literatura mundial, en el Pasteur. Y el viejo Nin encantado. Estaba Gil Nin, el sobrino, había buena gente allí.

¿Cómo era el Hospital de entonces, y qué recuerda como lo mejor y lo peor que usted haya presenciado en su historia vinculado a su pasaje por el Hospital?

En el Hospital había un equipo humano con una capacidad de trabajo fabulosa. En ese momento llegamos. Arquitectónicamente en el piso 19 tenía los cuartos de los cirujanos de guardia, con dos camas. Los médicos internistas estaban durmiendo abajo, porque los llamaban más seguido. Fueron compañeros míos Campalans, Delbene, Arsuaga y Mello Aguerre.

Después pusieron dos médicos y dos cirujanos. El cirujano arriba y el médico abajo. Una vez me llaman al piso 19, que había un paciente con una herida de corazón en Traumatología. Los internos de guardia lo trajeron a la puerta del Hospital. Los enfermeros no podían salir por reglamento interno, seguro que de la época de Bado. Me lo trajeron y lo operé, y anduvo bien. Mi hermano operó alrededor no sé cuántas heridas de corazón, todos curados. Los endoscopistas de ORL hacían endoscopías utilizando el tubo rígido, de la época, y a menudo tenían perforaciones esofágicas. Venía Barani, que era el que se ocupaba. También mi hermano le operó como seis heridas de esófago producidas en esas circunstancias. La estructura del Clínicas tenía ese problema. El cirujano estaba en el piso 19. Después pusieron una sala de operaciones para la super emergencia en el subsuelo, junto a Emergencia.

La Cirugía Cardíaca se inició acá gracias a que vinieron los suecos, del Instituto Karolinska. Fueron varios los uruguayos que fueron a Suecia a

introducirse en este campo. La primera vez que viajé a Europa en el avión de Scandinavian iba Jorge Dubra, un cardiólogo, que fue a aprender cateterismos cardíacos; luego fue Orestes Fiandra; dos cirujanos: Roberto Rubio y Juan Carlos Abó. José Luis Roglia ("el Ronco") fue antes que ellos también a Suecia, y fue quien empezó a hacer cirugía cardíaca, en el Hospital Italiano, donde quien le hacía la hemodinamia era Dubra. Pero la Cirugía Cardíaca había empezado antes, con Armand Ugón y Larghero que hacían la ligadura del canal arterioso, o ductus arterioso. Que era sólo buscarlo y ligarlo. Pero la Cirugía Cardíaca a corazón abierto empezó en el Clínicas, ahí maduró y se consolidó como especialidad. Yo algo supe porque Chifflet, astutamente, cuando recién empezamos, que no teníamos muchos enfermos, Chifflet les dio a los cardiocirujanos la sala de operaciones de los miércoles de tarde, con la condición de que pusieran de segundo ayudante a uno de los cirujanos de la Clínica, y ese fui yo. Entonces me metí en el equipo y vi hacer la cirugía cardíaca convencional que primero se realizó con Rubio, Abó y Sanjinés; tres cirujanos que se llevaban muy bien, muy buenas personas todos. Curiosamente, después se fueron los tres de la Cirugía Cardíaca. Rubio para la Cirugía General, llegó a Profesor, Sanjinés para la cirugía Torácica en el Saint Bois, y Abó para la Cirugía Vascular periférica. Operaban canales arteriales, estenosis mitrales y coartaciones de aorta, todo a corazón cerrado. Yo con hemodinamia y circulación extracorpórea, con ellos, no operé. A mí me sirvió mucho eso. Y la Cirugía de Tórax en los servicios de la Facultad se hacía mal. El único lugar donde se hacía bien era en el Saint Bois. Y los cirujanos de tórax buenos eran Víctor Armand Ugón y Hamlet Suárez, a quien conocí en el Banco de Seguros, que fue maestro de todos nosotros. En el Clínicas se hacía muy poco.

Hubo dos hechos que cambiaron la Cirugía en Uruguay: uno fue la creación de la Sociedad Uruguaya de Cirugía, y el otro el Hospital de Clínicas. La Sociedad de Cirugía se fundó porque había un "feudalismo" terrible. Entonces estaban los discípulos de Lamas, que eran blancos, y los discípulos de Navarro, que eran colorados. En la Guerra de 1904, quien declaró la guerra al Gobierno, fue Lamas, profesor de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina. El Maestro de Chifflet. Y Lamas tuvo que renunciar a la Cátedra. Curiosamente cuando terminó la Guerra, todo el mundo pidió que nombraran a Lamas de nuevo, entre ellos Alfredo Navarro. Y era el rival en la cirugía privada de Montevideo, porque lo llamaban a uno y a otro, y corrían en sus carruajes a ver quién llegaba primero para operar en su casa al paciente. Se fundó de nuevo la clínica de Lamas, y las dos Clínicas duraron añares. La Sala de la Clínica que era de Lamas, que siguió a Pugnalín, fue ocupada por Navarro en ese momento. Cuando volvió Lamas, tuvo las otras salas, que luego fueron de Prat, que era su discípulo. Prat y Nin y Silva eran los dos discípulos preferidos de Lamas. Don Julio Nin y Silva tuvo un Servicio de Cirugía en el Hospital Pasteur y era el cirujano de

mi familia. Mi padre fue interno de Lamas y de Nin y Silva. Eran los grandes patrones, dueños y señores. Por eso se fundó la Sociedad de Cirugía, por Stajano y Manuel Albo. Porque fue en el Hospital Italiano, en el Salón de Actos, donde se celebraron los 50 años de la SUC. Que era el hospital más liberal y excelente sanatorio, donde llevaban los enfermos graves. Aunque fueran pobres igual los atendían allí. En la Sociedad, no había títulos: profesores no había, sólo doctor. Cada cual se sentaba siempre en el mismo lugar y los diálogos eran muy buenos, estaban todos registrados en la Revista de Cirugía, y las discusiones eran excelentes. La colección completa se la doné a la SUC. La Sociedad y el Clínicas fueron los que hicieron que hubiera contacto entre las Clínicas. En el Hospital estaban las Clínicas de del Campo, la de Chifflet y la de Palma y las clínicas de especialidades quirúrgicas.

La historia de la enferma del tumor que está en la tapa de mi Currículo Vitae, salió en *El Diario Médico* de febrero de 2011. Cuando dio la conferencia Tabaré Vázquez, para presentar su libro, al lado mío estaba sentada la hija de Crottogini. Y cuando llego había una señora que me dijo: "Doctor: Usted es un Dios para mí". Así, con estas palabras. Yo después le puse: "Doctor a Usted le debo la vida", por no repetir las de ella. "Usted me sacó un tumor de 10 k, que es el que está acá." Era esta enferma, operada por mí. Me saqué una foto con ella, y la había operado hacía 30 años. Creo que era un tumor del retroperitoneo. Antes había operado a una paciente con un tumor de 22 kg, que cuando se lo llevé en un carrito a Cassinelli, me rezongó. En ese caso se trataba de un quiste de ovario de 22 kg.

¿Qué es lo que recuerda como lo peor del Hospital?

El que fue el mejor director del Clínicas fue Guillermo Almenara, que había sido Director del Hospital del Seguro Obrero de Lima, en Perú. Yo estuve en ese Hospital, y me dijeron: esta parte del hospital se cayó con un terremoto. A Almenara lo contrató la Facultad de Medicina, era un tipo muy bien. Dos anécdotas: 1) Era la época de la sonda de Cantor, que se pasaba por el intestino y tenía una bolsita de látex en el extremo con mercurio. Tenía yo una enferma con una oclusión y tenía que pasarle esa sonda, pero no tenía mercurio. Entonces lo llamé a Almenara en esa época, y me dijo: "Bueno, muy bien", y fue conmigo al Laboratorio, era un sábado de tarde o domingo, tomó el mercurio donde había y me lo dio para meter en la sonda. Y resolvió el problema. 2) Otro día tenía yo mi primer auto que era un jeep abierto, y él no tenía auto e iba para la Facultad. Lo llevé en aquel jeep a la Facultad de Medicina, un hombre excelente, que fue Director como tres años. Después de él vino Villar. El Hospital andaba solo; todo perfecto. En Admisión, por ejemplo, o las Policlínicas, andaban perfectas; muy coordinado todo. Trabajábamos como un hospital moderno. Los enfermos

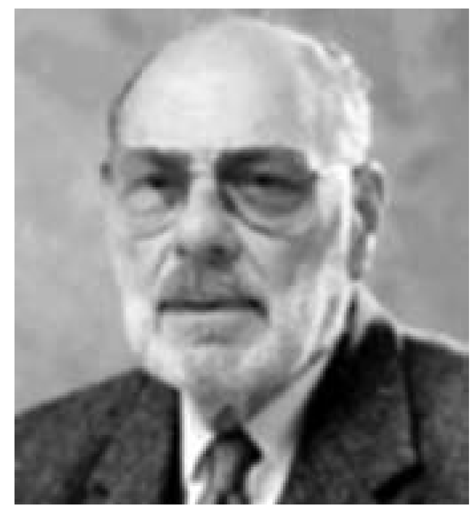
no se perdían. Había un espíritu de cuerpo, de todo el personal. El archivo y las historias clínicas eran sensacionales. A mí que publicaba mucho, me eran fundamentales los archivos, que ahora dicen que están todos mojados y se echaron a perder. Estaba la Dra. Renée Minatta, que había trabajado con Pedro Larghero, que fue quien organizó el archivo clínico como la gente. Don Pedro Larghero era un tipo renovador en la Medicina.

¿Qué le gustaría que ocurriera en el Hospital de Clínicas?

Que volviera a los años felices. El Hospital era copiado del Presbiterian de Nueva York. El Arquitecto que lo hizo, que fue Carlos Surraco, le ganó al Arq. Cravotto, por la ubicación, porque lo ubicó sobre la Avenida Italia, mientras que Cravotto lo iba a poner sobre la calle lateral El HC arquitectónicamente está muy bien; los solarios iban donde estaban ubicados los enfermos, y recibía la mejor luz durante toda la jornada. En las salas es cuando hay más sol todo el día. Y la distribución en salas grandes y los apartados, que había dos de 2 camas, y 2 de uno, y podía tenerse un enfermo infectado, y estaba muy bien.

DR. JULIO C. PRIARIO*

El Hospital de Clínicas no es ese enorme edificio blanco de 200 metros de frente y 20 pisos de altura. El Hospital de Clínicas es lo que cientos de uruguayos crearon, en los últimos cincuenta y tantos años, poniendo su mejor esfuerzo para que la Medicina nacional tuviera un centro de referencia reconocido por la Medicina Internacional.



Constituyó, constituye y seguirá siendo el centro médico donde se asocian la asistencia, la enseñanza y la investigación científica en problemas biomédicos y donde sus miembros por lo general dejaron ofrecimientos mejor remunerados para tener la satisfacción y el orgullo de formar nuevas generaciones de médicos y de participar modestamente en la investigación científica.

La mayoría de sus miembros han realizado pasantías en el extranjero para aportar nuevas técnicas y para vincular nuestro hospital con los más importantes centros científicos mundiales participando en proyectos de investigación de carácter multinacional.

Refiriéndome en lo que recuerdo de mi actuación en los primeros tiempos diré que participé en la inauguración del primer Servicio de Cirugía del Hospital de Clínicas dirigido por el Prof. Carlos Stajano en marzo de 1954. Junto al Prof. Stajano estaban el Prof. Agdo. Walter Suiffet y los Asistentes (Grado 3) Romeo Musso, Juan Carlos Lorenzo y Julio Priario. Asimismo los grado 2 eran los Dres. Carlos Cuculic, Fabián Mendy y Julio Mañana. La primera rotación de internos del Servicio estaba formada por los Bres. Guillermo Fossati, Ernesto Lubin y Moisés Waserstein.

---

* Palabras pronunciadas por el Dr. Julio C. Priario en el Acto de Homenaje al Hospital de Clínicas celebrado en el Sindicato Médico del Uruguay en setiembre de 2003 con motivo de los 50 años de su inauguración.

La primera operación quirúrgica la realizó el Prof. Stajano ayudado por el Dr. Lorenzo y consistió en una colecistectomía. La segunda operación la realicé yo y consistió en una safenectomía por várices y la tercera fue una apendicectomía de urgencia que realizó el Prof. Agdo. Suiffet.

Cada una de las salas del Piso 9 estaban asistidas por una Enfermera Universitaria y tres auxiliares de enfermería. En el Piso 9 contábamos con archivera, dietista y personal auxiliar. Entre las primeras Nurses recuerdo a Noemí Villamayor y Mirtha Mut.

En los primeros meses asistían a clase 15 estudiantes de pregrado (según disposición del Consejo de la Facultad de Medicina, para verificar si la presencia de muchos alumnos pudiera perturbar a los pacientes).

Las guardias del Servicio de Urgencia se cumplían con los docentes Grado 2 supervisados por los Grado 3, en turnos de 24 horas dos veces por semana.

Posteriormente se inauguró el segundo Servicio de Cirugía en el Piso 10 bajo la dirección del Prof. Juan Carlos del Campo.

Aproximadamente en marzo de 1957 el Prof. Stajano cesó por razones de edad y entonces todo el servicio pasó al Hospital Pasteur bajo la dirección del Prof. José Piquinela, pero este servicio retornó al Hospital de Clínicas según creo en 1960, lo que coincidió con mi retorno de EEUU. (Dada mi ausencia en los años 1957, 1958 y 1959 no tengo los datos precisos).

Estando el Servicio en un hospital moderno como el Clínicas pude desarrollar algunas técnicas aprendidas en el *Hospital Peter Bent Brigham* de Boston, entre ellas la suprarrenalectomía total bilateral en el cáncer avanzado de mama y de próstata. Los resultados de los primeros 16 casos fueron publicados en la *Revista de Cirugía del Uruguay* con la colaboración de la cátedra de Oncología (Prof. Helmut Kasdorf) y la cátedra de Endocrinología (Prof. Alfredo Navarro).

En el año 1964 estuve ausente por un semestre por haber concurrido al *Anderson Hospital de Houston* lo que me permitió aportar la técnica de la perfusión con circulación extracorpórea en los melanomas de los miembros. Los resultados fueron publicados en la *Revista de Cirugía del Uruguay*. Quiero señalar que el Hospital de Clínicas recibía pacientes del Ministerio de Salud Pública y de diversas mutualistas así como del área privada ya que era el único centro médico del país equipado para efectuar esta técnica.

Por esos años comenzó el desarrollo de la cirugía cardíaca que estuvo a cargo de los Dres. Roberto Rubio y Aníbal Sanjinés con la participación del equipo de perfusión que manejaba el Dr. Orestes Fiandra. Posteriormente, de este equipo surgió la Cátedra de Cirugía Cardíaca cuyo primer director fue el Dr. Luis Filgueira.

También el desarrollo de la cirugía vascular periférica tuvo sus comienzos por los años sesenta con el transplante de aorta cadavérica realizado por los Dres. Carlos Ormaechea y Raúl Praderi.

Otro hito de la cirugía nacional lo constituyó la técnica de reparación del colédoco ideada por el Dr. Raúl Praderi.

El Dpto. de Oncología se inauguró alrededor de 1964 o 1965 contando con una bomba de Cobalto de última generación que permitió ofrecer el tratamiento total a los pacientes del Hospital. En dicho Servicio, conjuntamente con el piso 10, comenzó la Unidad de Melanoma, la que fue designada como Centro de Referencia por la Organización Mundial de la Salud. La Unidad de Melanoma desarrolló su actividad en la Cátedra de Oncología Clínica a cargo del Prof. Miguel Musé (actualmente a cargo de la Prof. Graciela Sabini) y sigue su actividad asistencial, docente y de investigación con la colaboración del Prof. Miguel Martínez, el Prof. Carlos Carriquiry, el Prof. Em. Julio Priario y el Prof. Adj. Gabriel Krygier. Esta unidad está vinculada con la Cátedra de Medicina Básica lo que con la colaboración de la Prof. Agda. Lucía Delgado y las asistentes Agorio y Larre Borges realizan la investigación en Oncogenética.

De esta Unidad surgieron más de 20 trabajos científicos nacionales, y participó en 6 proyectos de investigación del *WHO Melanoma Programme* siendo visitada en dos oportunidades por su Director el Prof. Cassinelli y en una oportunidad por el Subdirector Prof. Santinami.

Debo agregar que nuestro hospital fue uno de los primeros en el mundo en realizar la técnica del mapeo centellográflico en el melanoma siendo esto mérito de los Dres. Eduardo Touya y Graciela Lago. Como miembro del programa de melanoma de la OMS he sido objeto del premio *WHO Melanoma Programme Award.*

Estos son los datos que yo recuerdo en este momento y soy consciente de cometer involuntariamente muchas omisiones por lo que pido disculpas.

LIC. SELVA SALAVERRÍA*

¿Cuándo comenzó su vinculación con el HC; cómo fue el ingreso, en qué servicio, quién era el jefe, recuerda el equipo que integraba, cómo fue trabajar allí, cuántos años trabajó en el HC?



Ingresé al Hospital de Clínicas el 1 de setiembre de 1956, como enfermera de sala, a través de concurso de méritos, y fui asignada a la Sala 1 de la Clínica del Prof. del Campo (Clínica Quirúrgica B, piso 10). Los cirujanos de la Sala eran los Dres. Aquiles Lanza Seré y Leo Rieppi. Permanecí en la sala mencionada un año, y luego la Directora del Dpto. de Enfermería, Nurse Pepe de Oronoz, solicitó mi traslado al Servicio de Emergencia para cubrir la licencia de una compañera. A pesar del reintegro de la misma, continué trabajando en el Servicio por decisión personal, hasta el año 1976. En 1969 asciendo a Jefe de Sector de Emergencia, a través de concurso de méritos y oposición. Los jefes médicos del Servicio fueron, de 1957 a 1976 los Dres. José Pedro Ibarra, Abel Proto, Walter García Fontes y Guaymirán Ríos Bruno.

¿Qué fue para usted lo más importante del trabajo del HC [o qué le aportó ese tiempo de trabajo en el HC]?

El Dpto. de Enfermería del Hospital vivía el desafío de un gran incremento de la demanda asistencial vinculada a múltiples factores tales como: carencia de camas en hospitales de la capital y del interior del país; áreas de consulta externa superpobladas de pacientes; dotación insuficiente de recursos humanos y materiales; y consultas de niños en el Servicio de Emergencia por patologías neurológicas, oftalmológicas y de otorrinolaringología, ante la falta de médicos

* Respuesta a cuestionario realizada en junio de 2008. La Licenciada en Enfermería Selva Salaverría fue Jefe de Enfermería del Sector de Emergencia durante largos años.

especialistas en el hospital pediátrico y la existencia de guardias de retén en el Servicio de Emergencia del Hospital.

En esta realidad asistencial se hallaba inserta Enfermería, sin una formación adecuada para desempeñarse desde el punto de vista clínico, administrativo y psicoemocional, lo cual incidía desfavorablemente en el desempeño de su labor. La demanda asistencial mencionada, promovió una reacción inmediata por parte de las autoridades de Enfermería, a través de cursos programados para los dos niveles, profesional y auxiliar, logrando así la incorporación de conocimientos científicos y el desarrollo de destrezas. Los cursos se desarrollaron a nivel del Dpto. de Enfermería y en cada uno de los sectores (Educación en Servicio).

En 1969 el Dpto. de Enfermería otorgó becas a Supervisoras y Jefes de Sector (fui incluida) para asistir a cursos de postgrado de Administración y Supervisión en Enfermería, durante un año, en convenio con la Escuela Universitaria de Enfermería.

¿Cómo era el Hospital de entonces?

El Hospital estaba integrado por siete pisos asistenciales de internación, cada uno de ellos constaba de seis salas con 18 camas (incluidos los aislamientos). Además el Servicio de Emergencia tenía 12 camas y el sector Recuperación Postanestésica tenía 6 camas. Ambos servicios tenían pacientes internados por varios días, ante la falta de disponibilidad de camas en las clínicas correspondientes.

Era un Hospital superpoblado vinculado a pacientes enviados desde el interior del país (el 50%) y a la carencia de camas en hospitales públicos. La demanda de atención superaba ampliamente la oferta de camas libres. Las salas de Medicina y del Instituto de Neurología resultaban insuficientes por lo que los paciente destinados a esas áreas eran ingresados en calidad de provisorios en el Servicio de Urgencia o en las clínicas de especialidades, en particular Oftalmología y Dermatología.

La asistencia ambulatoria, las policlínicas, tenían su capacidad colmada, lo que implicaba la demora en conceder horas a corto plazo. Como consecuencia, los pacientes concurrían una y otra vez a consultar al Servicio de Urgencia, el cual ya se encontraba al máximo de sus posibilidades locativas y asistenciales.

Es de destacar que el personal de enfermería, profesional y auxiliar, continuaba trabajando en el área, por su perseverancia en el trabajo a pesar del estrés que le acompaña y por su capacidad para trabajar en equipo, porque la atención en urgencia se vive con mayor intensidad.

La integración del grupo incluía la participación de practicantes internos de guardia, que colaboraban con los médicos y el personal de enfermería en la atención y control de la evolución de los pacientes, en particular en los horarios vespertino y nocturno, donde las consultas aumentaban notoriamente.

Cabe señalar que a partir de la incorporación de la Clínica de Ginecología y Obstetricia del Prof. Juan J. Crottogini al Hospital, comenzaron a concurrir al Servicio de Emergencia embarazadas y mujeres con patología ginecológica.

La situación laboral de Enfermería no solo era ardua por la asistencia que debía cubrir, sino porque estaba obligada a cumplir actividades administrativas inherentes al Servicio de Registro y Admisión de Enfermos, dado que este servicio cesaba sus funciones alrededor de las 20 horas, luego de lo cual se entregaban a Enfermería las planillas donde figuraba la disponibilidad de camas en todos los Servicios. Las enfermeras debían cumplir parte del trámite de ingreso del paciente, controlar y registrar los valores personales, depositándolos en custodia en una caja fuerte existente en el Servicio y en la mañana se entregaban en la Tesorería del Hospital.

¿Qué recuerda como lo mejor y lo peor que usted haya presenciado en su historia (vinculada a su pasaje por el HC)?

El Hospital representaba un centro universitario de referencia para el país y el exterior; concurrían médicos desde Brasil, Colombia, Argentina, para realizar pasantías en las áreas de Neurología, Ginecología y Obstetricia y también hacían su experiencia en Emergencia. Asimismo médicos cirujanos realizaban intervenciones quirúrgicas especializadas, por ejemplo en Cardiología.

Los buenos recuerdos están asociados al trabajo en equipo, al reconocimiento de la capacidad del personal, al facilitar y estimular la participación del mismo en la planificación del Servicio, con el propósito de mejorar la calidad de la atención.

Destaco como experiencia significativamente traumatizante, la vivida ante el descarrilamiento de un tren que provenía del interior del país, provocado por un enfermo mental. Como consecuencia del mismo ingresaron al Servicio alrededor de 50 personas entre adultos y niños, en estado crítico, moribundos y fallecidos, cuya asistencia excedió la capacidad y los recursos humanos y materiales del sistema de urgencias. Las consecuencias de la falta de preparación de todo el personal originó confusión, falta de coordinación e improvisación inadecuada.

¿Qué le gustaría que ocurriese en el HC?

La ciencia y la tecnología avanzan a pasos agigantados, y cada vez son más numerosos los usuarios con patologías graves, que requieren mayores conocimientos teóricos y prácticos. Por lo expresado anteriormente desearía el reconocimiento del Hospital como un centro asistencial de referencia a nivel internacional. Además que el Hospital logre incrementar su nivel científico y tecnológico y donde Enfermería demuestre un alto nivel de competencia y motivación, para ofrecer una atención humanizada, fortalecida por el trabajo en equipo interdisciplinario. Obviamente esto requiere una dotación de enfermería, sobre todo de Licenciadas, satisfactoria para cubrir las demandas de asistencia.

SR. JUAN VERRONE*

¿Cuándo comenzó su vinculación con el HC; cómo fue el ingreso, en qué servicio, quién era el jefe, recuerda el equipo que integraba, cómo fue trabajar allí; cuántos años trabajó en el HC?

Ingresé el 18 de noviembre de 1957, a través de un concurso de oposición para cargos administrativos que convocaba la Universidad de la República (UDELAR) y luego los distribuía de acuerdo a las necesidades de cada Facultad. Yo tuve la suerte de salvar. Cuando me llamaron, en la calle Tristán Narvaja, me designaron para desempeñar funciones administrativas en la Escuela Universitaria de Enfermería. Yo no sabía lo qué era eso. Los muchachos me dijeron que eran todas mujeres; yo estaba loco de la vida... Tenía entonces 25 años. El funcionario que estaba allí, al rato vino a rectificar, y sentenció que el señor Juan Verrone iba a pasar a trabajar en el Hospital de Clínicas. Ingresé a Personal, que estaba ubicada donde actualmente está la Cantina, y frente a ese espacio estaba la Oficina Médica, dirigida por el Dr. José Alberto Praderi, con su moñita voladora, donde trabajaban como médicos los doctores Obdulia Ébole, Julio C. Ripa, José Pedro Cirillo, Enrique Comas… Ahí yo desempeñé como primera tarea, ir a distintas áreas sorpresivamente, luego de ver si había registrado la tarjeta de entrada, concurría a un lugar y preguntaba por tal funcionario, y si estaba o no. Un control que más o menos daba resultado. El jefe era Armando Turcatti Matos, que había sido jefe de Personal de FUNSA. Era un señor obeso, de buen carácter, que nos llamaba siempre para contarnos cuentos, y que tenía un sistema de comunicación para convocar a los empleados a través de un código Morse. Desde su cabina nos llamaba: yo era dos puntos raya. Pero había una señora Antiga,



* Entrevista realizada por Antonio Turnes el 29 de diciembre de 2010. El Sr. Verrone fue funcionario del Hospital durante 45 años.

que se confundía, y pensaba que era ella. Y le decíamos, "no Esthercita, quedate tranquila, vos sos tres puntos, y aquí puso una raya y dos puntos"… Y los compañeros que tenía, algunos entramos por el mismo concurso, Gladys Salom, Amalia Ayarza, Marina Escanda, y otros. Al poco tiempo ingresó como Director el Dr. Guillermo Almenara, un médico peruano que era un buen administrador, que fue el profesor de donde salió la camada del Dr. Villar, etc. Y realizó una gran reforma. En ese sector, porque Turcatti Matos había traído una cantidad de fórmulas triplicadas, de distintos colores, para permiso de salir, por ejemplo, una cosa costosísima, y eso se simplificó bastante. Después nos pasaron para el fondo, después de Radiología en el ala Oeste, y ahí estaba el Departamento de Personal, con Sueldos, Designaciones, Cuentacorrentistas que llevaban las horas que se registraban, las llegadas tarde, y se iban poniendo las impuntualidades y de acuerdo a eso se realizaban los descuentos correspondientes. Liquidaciones de licencias, lo que después se pasaba a sueldos para proceder en consecuencia. La verdad tuve una Jefa de Personal extraordinaria, Raquel Ferreira Ramos, una persona de buena formación, que tenía hasta un tercer nivel universitario en Abogacía. Un hermano de ella trabajaba como Jefe de Mantenimiento, encargado de todos los oficios (albañiles, herreros, cerrajeros, carpinteros, etc.). Ella era una persona fantástica. Luego me mandaron trabajar con una señora Blanca Rabuñal, que era la que estaba en Concursos. Ésta era una persona con una memoria extraordinaria. Pero lo que yo notaba era que tenía todo revuelto; si ella faltaba no se encontraba nada. Venía una persona y pedía una constancia de su concurso. Entonces, por iniciativa mía, empecé a ordenar expediente por expediente, ubicados por Departamentos: Enfermería, Alimentación, Vigilancia, Mantenimiento, Laboratorio, Farmacia, para los auxiliares, Cardio-neumologista; todos los cargos no docentes que los llamaba el Hospital; los docentes los llamaba la Facultad de Medicina. Yo los tenía todos ordenados y les colocaba por ejemplo una letra "E" para Enfermería, y el número 1. Y simultáneamente una tarjeta o ficha, donde se registraba la fecha que ingresaba el expediente a Concursos, y una serie de datos: cuando se aprobaba el Tribunal o la Comisión Asesora, que eso lo aprobaba el Consejo Directivo Central, cosa que yo luché mucho para que no fuese así, porque demoraba muchos meses, a veces hasta tres meses de retraso. Lo que no tenía sentido porque allí teníamos una Comisión Directiva que bien podía ocuparse de esas cosas. Le ponía la fecha en que el CDC le designaba el Tribunal, lo que había que notificarlo. La nómina de inscriptos y la lectura de los méritos. La carátula del concurso, si era de oposición, de oposición de méritos, etc. Y luego abajo la lista ganadora, con el orden de prelación y el puntaje correspondiente de cada seleccionado. Así se facilitaba la búsqueda, se le hacía la constancia, se enviaba a Secretaría, que era quien expedía la constancia oficial; yo le aportaba la información. Inclusive en la Imprenta nos hicieron de "contrabando" las fichas, porque el Hospital decía que no podía por temas de presupuesto. Pero esas tarjetitas significaron un gran alivio en la tarea. Después

se reconoció el trabajo que yo había hecho. Lo digo con toda humildad, pero organicé todo un sistema. Con ese mismo orden, el Hospital de Clínicas fue la primera institución del Estado y nacional, que tenía todos los cargos especificados y descriptos. A tal punto que pasó un especialista norteamericano por allí de casualidad, venía de San Pablo, y nos reunimos en la Sala de Conferencias. Y se llevó una gratísima sorpresa de todo lo que el Dr. Villar le contaba, que todos los cargos del HC estaban con sus descripciones y especificaciones hechas, en forma de libro. Desde el ayudante de servicio, al vidriero, empleado administrativo, hasta el médico intensivista. Había descripciones de los cargos y las bases de los llamados. Se le valoraba la carrera funcional, y los méritos, etc. Tanto las bases como las Descripciones de Cargos, yo los tenía acomodados por el mismo sistema de códigos. De forma que facilitaba la provisión de las vacantes que se producían, con todos los datos del cargo presupuestal y la denominación escalafonaria, hacía la cabeza del expediente, Dirección lo autorizaba y comenzaba el proceso del concurso. Debía ser muy ordenado y prolijo. Traje un normógrafo para ponerle las carátulas a los expedientes, donde constaba la fecha de la apertura, vencimiento y cierre, y el número del expediente; había que ligar todas las fojas, antecede y sigue, un trabajo enorme. Además las fojas estaban numeradas. Mandé hacer un sello que le ponía antecede y sigue, para evitar tanta pérdida de tiempo.

¿Cómo fue trabajar allí? Una experiencia extraordinaria. Uno se sentía bien, porque éramos como una familia; nos llevábamos fantástico. Tanto es así que yo había tenido ofertas de otras Facultades (Derecho y Ciencias Económicas) para ir a trabajar a ellas, pero yo preferí seguir en el HC, porque me sentía cómodo. Porque a veces eso sirve más que el sueldo, que era bajo. Pero lo que uno hacía lo era con entusiasmo y tiene un valor incalculable. No teníamos ningún tipo de problema, la relación con los compañeros era fantástica. Seguíamos los pasos del expediente, paso a paso, y buscábamos la simplificación administrativa que resultaba un ahorro de tiempo para lograr una eficacia brutal. Y yo estaba solo en Concursos. Hacía todas las actas, presenciaba todas las pruebas. Las pruebas de Enfermería, por ejemplo, había un concurso de Auxiliar de enfermería. Todos los integrantes del tribunal eran Nurses, ahora se llaman Licenciadas de Enfermería. Había pruebas teóricas y prácticas. Y dentro de la prueba práctica había, entre otras técnicas: enema, lavado de cabeza en cama, traslado de la cama al sillón, de la cama a la camilla, una serie de procedimientos. La presidenta del Tribunal era la Nurse Dora Ibarburu, una excelente persona, que fuera fundadora de la Escuela Universitaria de Enfermería, con una extensa formación en Canadá, que vino con ideas totalmente renovadoras. Una concursante saca la bolilla y le toca "enema". Entonces, la Nurse Ibarburu, le pregunta: "¿Qué temperatura tiene que tener el agua para hacer un enema?" Y la aspirante le responde: "Cuarenta y ocho grados". "¿Usted sabe cuál es la temperatura corporal?", continuó interrogándola. "Sí, 36º." "¿Y a Usted le parece que puede

hacer un enema con 48º?" Y ahí le puso una cruz muy grande, y marchó… Se hacían los concursos con un sistema de doble sobre: la prueba sin firmar, en un sobre, y abrochado con un clip un sobre pequeño donde se ponía un papelito con la identificación del concursante que la había hecho. Ambos sobres se identificaban con el mismo número. Entonces no tenía que tener ninguna marca ni firma. Cuando entregaban todos los concursantes, se verificaba cada uno y se planillaba. Luego se ponían todos los sobres pequeños en otro sobre, y se le pedía a los concursantes que firmaran en la solapa, tres o cuatro de ellos, para que nada pudiera ser adulterado. Eso quedaba en manos mías. En el momento de dar el puntaje, se decía: trabajo número 1, puntaje tal, y entonces ahí se buscaba el sobre pequeño número 1, y recién ahí se identificaba, y se iba registrando, en un mecanismo muy organizado y con muchas garantías. Cuando llegaba la hora del cierre del vencimiento de un llamado, la gente que había llegado antes de la hora 12.00, se hacía entrar a todos los que estaban en la cola, y se cerraba la puerta, permitiendo que se registraran todos. Los que llegaban después de la hora, quedaban automáticamente afuera; alguno llegaba y decía: "Pero no me vas a dejar anotar, que fueron sólo cinco minutos… Me voy a la Dirección". Y no valía tampoco que fueran a la Dirección a reclamar, porque no les daban ningún cambio, porque se cumplía al pie de la letra el reglamento.

Trabajé desde 1957 y me jubilé a partir del 1º de enero de 2003, o sea, durante 45 años sin interrupciones.

¿Qué fue para usted lo más importante del trabajo del HC [o qué le aportó ese tiempo de trabajo en el HC]?

Me aportó muchas cosas: amistad, compañerismo, lo que éramos todos, muy compañeros. No sólo en la sección en que uno trabajaba; en todas las secciones administrativas, las policlínicas, los servicios, las clínicas. Éramos todos compañeros. Siempre había un gesto: "¿Qué precisás? ¿En qué te puedo ayudar?" Todas esas cosas que hoy no se ven, porque hay un individualismo terrible. En aquella época era un ambiente fantástico. Entonces esos años me dejaron una enseñanza muy positiva. Pero es claro, con el tiempo todo eso ha cambiado, y quedó como un recuerdo grato, nada más, porque lamentablemente hoy día no se aplica. Pero trabajar ahí fue una gran experiencia, una buena experiencia de trabajar en equipo, con responsabilidad, con eficiencia. El público nuestro, en el caso mío, eran los concursantes. Era la primera persona que representaba a la institución para cualquiera que venía de afuera. Estábamos para facilitarle las cosas y la gente quedaba contenta. Atender bien o atender mal, no hay diferencia, no cuesta nada. Me daba la satisfacción, por ejemplo, de atender gente que venía como en otros empleos públicos, con la tarjeta de un senador, que lo recomendaba. Y yo le decía: "Pero señora, eso no sirve para nada." Me quedaba mirando asombrada. "Mire, este es un concurso para Auxiliar de Laboratorio. Usted tiene el título, está registrado, expedido por la Escuela de Colaboradores del Médico, trajo los documentos necesarios, no precisa más nada. Esto no

sirve". No había aquello de "Ché, poneme éste acá o allá", no se veía eso en otros lugares. Entonces la gente que entraba de esa forma, se sentía independiente. "No le debo nada a nadie". En lugar de "Uy, aquí me puso aquél y le debo el favor… y le tengo que andar haciendo lo que me pida". Lo que siempre repetía el Dr. Villar: "Trabajar con disciplina consciente". No disciplina militar; sino disciplina consciente. Eso es lo fundamental. Saber el trabajo que uno debe realizar, cómo lo debe realizar y hacerlo de la mejor manera.

¿Cómo era el Hospital de entonces?

Empiezo por decir que era tan bueno, pero tan bueno, en todo sentido, la parte clínica, la quirúrgica, la atención, que era un referente continental. El HC tenía becarios de Argentina, de Brasil, de Colombia, de Chile, de Perú. Era un hospital de referencia. Un lujo. La cocina era extraordinaria. La comida llevaba a través de las tisanerías, mediante unos ascensores más chiquititos, en carros termos a los pisos, y el tisanero se encargaba de distribuirla de acuerdo a la dieta indicada por la Dietista, en combinación con los médicos responsables de la atención, según la patología que tenía el enfermo. Y en esos carros llegaba la comida a punto, bien, comida de calidad, de acuerdo a lo que el paciente podía comer. Se daba hasta jamón, fruta, todo. Era impresionante la organización y la atención que había. El primer CTI que se instaló acá fue en el HC. Eso fue hasta la Intervención. Después cambió. No puedo opinar desde el punto de vista médico, pero lo que yo veía era lo que comento.

La Enfermería que había era de alta calidad; porque según dice la gente que sabe, la calidad de un hospital se mide por la calidad de su enfermería. Eran extraordinarias, salían con una capacitación excelente. Cuando se fueron de allí las llevaban a España, a Francia, a Suiza, a Canadá, a Australia. Hacían bachillerato de Medicina y tres años de semi-internado. Y los Auxiliares de Enfermería, la Escuela de Colaboradores del Médico, exigía cuatro años de Liceo y dos años de cursos. O sea que un Auxiliar de Enfermería podía poner una sonda nasogástrica, una sonda vesical, podía colocar inyecciones intravenosas, extraer sangre, cosas que en otros países no lo hacían. Un compañero que se fue a trabajar a Estados Unidos, el primer día, que estaba en un hospital de Washington DC, cayó un paciente con un paro cardio-respiratorio. Como en el Hospital se hacía capacitación continua en todas las áreas, también se hacía eso, reanimación cardio-respiratoria. Él lo sacó del paro al paciente. Cuando vino el médico, le preguntó a la Nurse jefa: "¿Quién hizo esto?" Y ella le respondió: "Vino un muchacho nuevo, uruguayo, y él lo hizo". Rodolfo Grimaud, se llamaba, trabajaba en el Piso 8, y allí aprendió todas esas cosas. El médico lo llamó y lo felicitó porque era una reanimación perfecta. Eso era porque en el HC se hacía a todo nivel capacitación.

Y cuando, por ejemplo, entraban los Auxiliares de Servicios Generales, que podían ser con el tiempo telefonistas o ascensoristas, pero principalmente iban a Limpieza. Pero se le daba una importancia fundamental, porque la

limpieza en un Hospital es fundamental. Porque puede haber un cirujano de lo más encumbrado, pero si falla esa parte, el paciente contrae una infección que se lo lleva, y se acabó el asunto. Entonces, se hacía una capacitación de tres meses, dentro del Hospital. Primero conociendo todas las áreas. Después se les mandaba a la Dra. Mary Ramos, que estaba en Microbiología, en el Laboratorio, y ella tomaba, de arriba de un radiador, o de una repisa, una muestra de polvo, y la sembraba. Luego se lo mostraba y les decía: "Ven lo que están viendo; estos son los microbios que hay cuando no se limpia bien". Y pasando un poco de hipoclorito de sodio, eso desaparece. Entonces, esa gente, el limpiador, que siempre se trató en otros sitios como alguien inferior, lo tomaban como una tarea importante. Tomaban cuenta de la importancia de su tarea. Él se decía: "Mirá lo que yo puedo hacer; hasta puedo salvar vidas con esto". Las personas que hacían limpieza lo hacían a conciencia. Esa era la "disciplina consciente", que decía Villar.

¿Qué recuerda como lo mejor y lo peor que usted haya presenciado en su historia [vinculada a su pasaje por el HC]?

Lo mejor: hay tantas cosas lindas. El trato que tenía el Dr. Villar con los funcionarios, era excelente. Nunca lo vi enojado. Era un hombre que tenía una estabilidad emocional extraordinaria, porque ese era uno de los requisitos que requería el cargo. Nunca destrató a un funcionario, jamás. Él tenía la tendencia de defender al más débil, al desprotegido, al más humilde. Cosas que yo valoré mucho, y de él aprendí muchas cosas, sobre todo la lealtad, la honestidad, la prolijidad que tenía él para sus trabajos. Cuando presentaba sus asuntos a la Comisión Directiva venía todo estudiado hasta en los menores detalles. Cuando llevaba algo de envergadura, iba bien fundamentado, todo estudiado. Sólo daba lugar a que le hicieran preguntas, que se aclararan algunos aspectos, pero eso se aprobaba, porque era completo. Lo estudiaba todo perfectamente. Y cosas feas las podría contar de la época de la dictadura, pero no de antes. Sólo una vez, asesinaron a un compañero, un auxiliar de enfermería, que lo tiraron del Piso 2. Nunca se supo lo que pasó ni quién fue. Y no sé tampoco las causas. Algunos dicen que era porque sabía algunas irregularidades que había en la Cooperativa de Salud Pública, pero nunca se pudo establecer bien. Generalmente todos los recuerdos fueron muy gratos. Después de la dictadura, en 1985, cuando volvió el Dr. Villar, fue un recibimiento extraordinario. Todos los funcionarios en la Avenida Italia, con una explosión de alegría. Aplausos, vivas, una cosa inolvidable.

Como también lo fue la época de la dictadura, donde pasaron cosas horribles, y nosotros éramos tratados prácticamente como delincuentes. En esa época me sacaron de Concursos y pusieron a Lino Cortizzo que era vinculado al sindicato amarillo Confederación Sindical del Uruguay, y después pusieron a otro, Olaizola, y otra persona. Tres personas para hacer lo que yo hacía.

Yo tenía un pizarrón donde estaba toda la información disponible. De cada concurso, la fecha de apertura, la de cierre, la fecha de elección del tribunal, de las pruebas, de los resultados. Todo a la vista, con transparencia. Después me pasaron a Cuentas Corrientes; pero ya era todo una mentira. Porque marcaba y se iba, y de pronto trabajaba menos que alguien que estaba sólo dos horas pero produciendo. Un día comenzaron a enviarme dos horas por día al Departamento de Emergencia, como encargado de la Administración, para ayudar a poner orden. Y llegó un momento que yo no daba más, porque debía atender mis tareas en Personal. Entonces le dije a una subjefa: fui a la Oficina Médica y me dieron licencia médica por quince días. Cundo le plantée eso a la subjefa, lo trasladó a la Dirección, y me pusieron cinco días de suspensión por "falta de voluntad". Cuando recibí eso lo tomé como un galardón. El jefe fue a hablar, pero cambiaron entonces la resolución: descuento de cinco días, pero teniendo que trabajar. Después de unos meses, me llama el Jefe de Personal y me dice que me tienen que trasladar porque aquí necesita la Dirección personal de confianza.

Y me pasaron al Dpto. de Emergencia, y ahí desaparecí como administrativo; porque ahí si no se está en Contaduría, o en Secretaría, o en Personal, o en Compras, se desaparece de la órbita administrativa. Pero organicé toda la parte de los post-grados, le hice una fichita a cada post-grado, para controlar que hicieran la pasantía del tiempo correspondiente a cada especialidad, y las evaluaciones trimestrales que debían hacer. Cuando la Escuela de Graduados pedía la información, se enviaba la información, supervisado por el Dr. Guaymirán Ríos Bruno. De Profesores Adjuntos de Cirugía estaban Celso Silva y Julio Mañana, y de Medicina estaban Eva Fogel y Jorge Urrestarazú. Cuando se fue Celso Silva vino el "Bigote" Varela. Eso era una Cátedra de Emergencia. Esa fue una experiencia de aprender muchas cosas de la Medicina, y yo preguntaba y preguntaba….

¿Qué le gustaría que ocurriese en el HC?

Es una utopía lo que voy a decir. Pero volver a lo de antes. En todo aspecto de la organización. Ser compañeros de verdad, solidarios, tratar de ayudarnos. Porque eso sería importantísimo por encima de todas las cosas. Porque hoy día se metió gente que no servía para nada, en cargos importantes, y no tienen noción de lo que hacían antes. A algunos los pudieron sacar, pero otros quedaron. Los que estaban en Imprenta, por ejemplo, los trajo el Rector Mario Cassinoni, que venían de la Librería Monteverde, y eran tipos excepcionales. Hasta escribían poesía, un tal Maggi, Italo Priori, tipógrafo, Sosa, *Sosita*, el impresor; Perilli, el contador, y Rueda, el Jefe. Eran excelentes operarios, y hacían impresos de calidad. Tenían un retrato de Cassinoni en la Imprenta, porque gracias a él pudo tenerse una imprenta de primera.

EPÍLOGO

"Pensar el futuro es primero y exclusivamente reflexionar sobre el presente"

Antoine de Saint-Exupéry
"Ciudadela"

Todo lo consignado acerca del Hospital de Clínicas no cubre más que una parte de su historia. Abarca el largo período (1887 – 1926) en que varias generaciones de médicos y estudiantes de Medicina elaboraron el **sueño de un hospital universitario ideal**, el período en que los sueños se fueron convirtiendo en **proyectos concretos**, (1926 – 1930), luego en una **estructura real pero inerte** (1930 - 1950) y finalmente (1950 – 1974) en un **organismo lleno de vida**, orgulloso de su condición universitaria, ambicioso de progreso científico y generosamente ofrecido a la sociedad uruguaya. Abarca lo que sin dudas fue el mejor tramo de la vida del Hospital, el de la construcción y concreción de una utopía. El que se había hecho merecedor de la expresión popular tan difundida y tan repetida: "Ahí está la ciencia".

Una visión objetiva de esta historia no puede dejar de percibir el cambio sustancial que el Hospital de Clínicas produjo en la evolución histórica de la atención de la salud de los uruguayos. Fue el primer hospital del país con una organización moderna, con centralización de servicios, incorporación de la última tecnología y racionalización de cargos y carreras funcionales. Fue no solo formador de miles de médicos, enfermeras y técnicos de las más variadas ramas

de la Medicina, también en su seno se crearon más de una docena de especialidades médicas y quirúrgicas y sus respectivos especialistas. Fue innovador en la aplicación de técnicas diagnósticas y terapéuticas del primer mundo, incluso aportando procedimientos originales. Fue ejemplo de hospital docente para la región, atrayendo decenas de becarios de países sudamericanos. Produjo trabajos de investigación médica aplaudidos en todo el mundo científico. Y en la asistencia estuvo siempre abierto a todos, independientemente de su capacidad de pago. Nació de la nada y se realizó con trabajo, idealismo y generosidad. Consciente o inconscientemente, todo el sistema asistencial médico del país, público y privado, fue incorporando los emprendimientos exitosos del Hospital de Clínicas y aprendiendo de sus fracasos. Filosóficamente el Hospital de Clínicas aportó a la reafirmación en el país del concepto de salud como derecho humano, al de universalidad, equidad y calidad como objetivos de la atención médica, a la definitiva implantación de la laicidad en la prestación de servicios.

Ha quedado para el futuro completar esta historia con los períodos claramente definidos que siguieron a su primer período de construcción y concreción de una utopía. Desde la interrupción de la democracia y la intervención del Hospital hasta la recuperación democrática (1974 – 1985) el país vivió bajo la dictadura. El universitario que había vivido con entusiasmo y alegría el nacimiento del Hospital y había encarado con esfuerzo constructivo los desafíos del momento, se vio inundado por una sucesión de sentimientos: estupor y dolor ante la pérdida, angustia ante la impotencia y resignación ante la nueva realidad. Estos sentimientos lo fueron transformando en un actor pasivo, ensimismado y observador de lo que sucedía a su alrededor, sin ningún poder de decisión y sin espacio para la reflexión colectiva. El Hospital, a pesar de una inicial inyección de recursos que permitió un repunte en ciertos servicios clínicos, al cabo de un tiempo volvió a observar signos de estancamiento, que en materia de salud significa deterioro. Es cierto que este deterioro había aparecido años antes, algunos lo habían atribuido al retaceo de recursos económicos por parte del gobierno, otros a una administración ineficiente por parte de las autoridades universitarias. Pero entonces, con una administración absolutamente dependiente del gobierno de facto y sumisa ante sus decisiones, el deterioro volvía a aparecer, por lo que la única explicación era la escasez económica.[1, 2]

Al mismo tiempo, las instituciones privadas prestadoras de salud realizaban inversiones, mejoraban sus equipamientos e incorporaban tecnología moderna. El Hospital, impedido de realizar un mantenimiento adecuado de sus instalaciones, estancado en su desarrollo tecnológico, iba quedando rezagado y dejaba de ser la institución de avanzada que había sido. Dejó de ser el lugar donde se practicaba la mejor Medicina en el país. El docente, el estudiante y el funcionario del Hospital fueron ganados por la indiferencia.

El período siguiente comenzó con el retorno de las autoridades legítimas a la Universidad y al Hospital. A pesar de las condiciones de deterioro con que

se encontró al Hospital, que obligó a gastar en 45 días la partida otorgada para un año,[3] se inició con la esperanza de los actores de la Facultad de Medicina, los integrantes del Hospital y los universitarios en general, de volver a recuperar el sitial perdido en la asistencia médica del país, pérdida que se adjudicaba a la dictadura. Al pasar el tiempo y no aparecer las mejoras deseadas, se comenzó a percibir que la dictadura no era la única responsable. La esperanza se transformó en desconfianza entre los actores universitarios y en una politización progresiva de los niveles superiores de decisión, pensando que un cambio político ("un cambio profundo") era la única solución, tanto para el Hospital como para la salud en general.[4] Este período termina en 1991, con la sorpresiva renuncia de HugoVillar a la Dirección del Hospital el 15 de abril.[5]

Después de 1991 y hasta 2000 se sucedieron direcciones breves o interinas, que, más allá de su voluntad, solo pudieron enfrentar los problemas inmediatos sin poder desarrollar planes a mediano o largo plazo. En el Hospital, en la Facultad y en la Universidad se oyeron voces desconformes no solo con el gobierno de turno sino con las propias autoridades universitarias.

En 1993 hubo un intento de las autoridades de la Facultad por cambiar radicalmente la organización del Hospital que se concretó en el llamado *"Proyecto Centro Médico. Reconversión del Hospital de Clínicas e Inserción en la Red Sanitaria Nacional. Formación de Recursos Humanos para la Salud"*.[6] Pero como lo expresara un destacado gremialista:

> *"En el tema del Centro Médico en ningún momento hubo un diálogo real, fueron dos monólogos sostenidos y apoyados por ejércitos con combatientes embanderados y no hubo posibilidades de un intercambio auténtico. Y hablamos de defensores de la Universidad que han dado toda su vida a ella"*.[7]

Durante un largo período el proyecto fue discutido dentro y fuera de la Universidad.[8] Finalmente pasó a estudio de una sub-comisión de la Universidad para reestructurarlo. Fue el fin del proyecto.

En el año 2000 fue provisto en titularidad y por concurso, el cargo de Director del Hospital de Clínicas. Fue designada la Dra. Graciela Ubach. Significó el retorno a una dirección estable, con ideas claras y objetivos precisos. Con la nueva dirección se lograron importantes mejoras en la infraestructura hospitalaria que cambiaron parcialmente la imagen del hospital. Pero ni la estabilidad ni las mejoras ni la asunción de un gobierno de izquierda a nivel nacional en 2005, apoyado por una gran mayoría de dirigentes y trabajadores, produjeron el cambio tan esperado en el funcionamiento hospitalario.

El Hospital, a partir de 1974, no dejó de ser más que una sombra de su pasado. Los intereses del Hospital habían quedado muchas veces relegados frente a intereses económicos, políticos o corporativos. Este proceso llevó a una cadena de frustraciones, apenas interrumpidas por esporádicas alegrías. Nunca

se logró volver a los niveles previos a la dictadura. Se sucedieron conflictos con diversos sectores de trabajadores. Las carencias se multiplicaron al punto de discutirse varias veces el cierre del Hospital y efectivamente se cerró el Servicio de Emergencia en varias oportunidades. La dotación de camas se disminuyó drásticamente para no volver a crecer. Lo mismo ocurrió con las salas de operaciones y, en consecuencia, con los actos quirúrgicos, lo que llevó a la renuncia, hecho sin antecedentes en la Facultad, de varios profesores de clínicas y especialidades quirúrgicas.

En el año 2011, desde el cual escribimos, se ha llegado a un momento, y es necesario reconocerlo, en que la vida del Hospital, más allá de voluntarismos y de buenas intenciones, se encuentra jaqueada y semiparalizada por la confrontación de intereses ajenos al Hospital. Se ha fraccionado el Hospital en parcelas autónomas y hostiles entre sí. Se ha perdido no solo el orgullo de pertenecer al Hospital de Clínicas, también se ha perdido el sentido de pertenencia.

Esto ocurre precisamente cuando el Hospital se enfrenta a una situación absolutamente nueva en el país, que es la aprobación de la Reforma de la Salud, por la que habían bregado varias generaciones de médicos y trabajadores de la salud. Esta Reforma se propone que todos los ciudadanos puedan recibir una atención integral en salud. Pasó por la aprobación de sucesivas leyes: la Ley 18.131 del 18 de mayo de 2007, por la que se creó un Seguro Nacional de Salud (FONASA) como ente financiador del sistema, la Ley 18.161 del 29 de junio de 2007, por la cual se transformó ASSE en un servicio descentralizado con autonomía de gestión respecto al Ministerio de Salud Pública, y la Ley 18.211 del 25 de diciembre de 2007 que creó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), mixto, público y privado, sin fines de lucro. Pretende el desarrollo de una política de fortalecimiento de los servicios públicos y de complementación entre los prestadores públicos y los privados sociales, todo ello con énfasis en el primer nivel de atención. Aspira a desarrollar una regulación adecuada a fin de garantizar la calidad de la asistencia a los usuarios creando la Junta Nacional de Salud (JUNASA), organismo administrador del FONASA, con participación social. El Sistema introduce un cambio sustancial en el modelo de atención, en el modelo de gestión y en el modelo de financiamiento: el acceso es universal, los usuarios aportan según sus ingresos y reciben las prestaciones según sus necesidades. Se pretende asegurar los derechos de universalidad, accesibilidad, equidad, oportunidad e integralidad de las prestaciones. Y se considera la equidad en salud como un principio básico para el desarrollo humano y la justicia social. En este marco, el Hospital de Clínicas, integrado al SNIS, por sus antecedentes de asistencia equitativa, podrá y deberá cooperar con el país en el desafío por lograr la equidad y proporcionar el acceso de la población a los servicios de salud sin pérdida de calidad o eficiencia.

Por ser nuevo, el Sistema lógicamente es perfectible, pero por ser real, debe asumirse responsablemente. Y a esta altura nadie niega que la incorporación

del Hospital de Clínicas a este Sistema no solo es conveniente sino imprescindible. Ya en julio de 2004 la Asamblea del Claustro de la Facultad de Medicina, en una declaración sobre el rol de la Facultad de Medicina en relación al Sistema Nacional de Salud, decía respecto al Hospital de Clínicas:

> *"Promover la participación del Hospital Universitario en los tres niveles de asistencia utilizándolo como referencia y contrareferencia.*
> *Protagonismo del Hospital Universitario en el área de Tecnología de punta tanto diagnóstica como terapéutica asignándole un rol estratégico en la incorporación y desarrollo de la misma a nivel de país.*
> *Estimular la investigación en áreas básicas, clínicas y APS que le devuelva a la Facultad de Medicina los niveles adquiridos en otros tiempos.*
> *Armonizar la especialización de los recursos humanos en salud con las necesidades futuras".*[9]

La integración al SNIS es una necesidad vital para el Hospital, que no es concebible fuera del Sistema. También resulta evidente que tal como es hoy no es posible su integración. El Clínicas requiere cambios para incorporarse al SNIS. Algunos de estos cambios involucran su organización, sus autoridades, sus funciones y su relación con otros centros asistenciales, asuntos que deberán discutirse y acordarse a los niveles que corresponda. Otros cambios tienen que ver con la actitud del personal, docente y no docente, y de los estudiantes respecto a su hospital y su función en el mismo, que no serán producto de discusión y acuerdos sino de convencimiento, que se logrará recuperando la mística del Hospital y el orgullo de ser parte de él.

> *"El hospital no puede ser de mejor nivel que su personal. Si el personal no es el adecuado, los mejores edificios se transforman en construcciones ineficaces, y los equipos más modernos y sofisticados en lujo y derroche injustificados".*[10]

En este sentido, en esta encrucijada, esperamos que el conocimiento de lo que fue la gestación, el nacimiento y los primeros pasos del Hospital de Clínicas, con sus dificultades y con sus éxitos consignados en este libro, puedan servir para encarar el futuro. La necesaria reflexión para ello pasa por dos conceptos que fueron guía permanente de los pensadores y hacedores del Hospital, que son el concepto de **hospital universitario** y el de **hospital volcado a la comunidad**. Esperamos que ambos se hayan hecho evidentes con la lectura del libro.

Pensando en el futuro, estos conceptos deberán mantenerse en sus ideas básicas, como objetivos siempre válidos. Pero deberán ser analizados sin prejuicios, yendo a fondo en las interrogantes, los cuestionamientos, y la autocrítica

y sin apartarse del crudo realismo. Se podrá así recrear nuevos sueños y nuevos objetivos, ingredientes fundamentales para poder seguir adelante.

Un **hospital "clínico"**, un **hospital "universitario"**, era el ambicionado por Visca, Ricaldoni o Quintela, el defendido por la Facultad de Medicina y por la Asociación de los Estudiantes de Medicina. El significado que al término "universitario" daban quienes lo usaban no era siempre el mismo. En general se entendía que se trataba de un hospital con clínicas de la Facultad de Medicina, dirigidas por sus profesores, destinado a la docencia y la investigación, con libertad de cátedra e independencia funcional del gobierno. La gestión, la administración y la dirección eran materia de discusión. La Facultad y la Asociación de Estudiantes defendieron que correspondía a la propia Facultad. Los gobiernos se inclinaban por hacerla depender de la Asistencia Pública Nacional al principio y del Ministerio de Salud Pública después. La cuestión fue laudada por el Presidente de la República a favor de la Facultad de Medicina. Sin embargo, ha sido un tema que continuó discutiéndose. Las interrogantes planteadas en aquellos tiempos, y que sin prejuicios deben considerarse vigentes, tenían que ver con las condiciones que hacía universitario a un hospital, y si la pertenencia, la dependencia y la calidad de la asistencia, de la docencia y de la investigación practicadas en el hospital eran ingredientes de esas condiciones.

En 1972, cuando el Hospital de Clínicas estaba funcionando desde hacía casi veinte años, la Dra. Anne R. Sommers describía las seis características propias de un hospital universitario: 1) Es el ámbito natural para especialidades de alta calidad, tecnología especializada y para diagnóstico y tratamiento de las patologías más graves o menos frecuentes. 2) Tiene un área de influencia mayor que la de los hospitales comunitarios. 3) Tiene mayores componentes de docencia e investigación que los hospitales comunes, si bien éstos tienden a ocuparse cada vez más de estos temas. 4) Tiene mayor cantidad de médicos con dedicación total. 5) El costo de la atención resulta más elevado precisamente por hacer docencia e investigación. 6) Tiene mayor acceso a fuentes de financiamiento a través de investigaciones, donaciones, fundaciones, etc. Todos, o casi todos estos puntos le podían caber al Hospital de Clínicas. Pero por ningún lado aparecen referencias a una dependencia de determinada universidad. Asimismo agregaba que la mayor contribución positiva del hospital universitario para recuperar confianza pública sería la demostración, con un estudio serio, de los problemas de atención de salud y financiamiento del propio hospital haciendo referencia al servicio prestado en sus áreas, y a sus problemas de costo y eficiencia, y que la mayor contribución negativa es usar su posición de privilegio para competir con hospitales y médicos de la comunidad en servicios que estos últimos pueden realizar igualmente bien y a costo más bajo.[11]

Sin duda la investigación es uno de los componentes más determinantes de un hospital universitario, particularmente cuando éste forma parte de un sistema de salud organizado. Nowinski y Ripa afirmaban en 1980:

> *"Los principios doctrinarios que inspira la formulación de la política nacional de salud y atención médica hospitalaria constituyen una afirmación del para qué de los cambios: poner la ciencia al servicio de todos los seres humanos de nuestra sociedad. Y la investigación que debe realizarse en el sistema nacional de salud y en su medio principal: el hospital, en la medida en que aporte un mejor conocimiento de los problemas propios de la salud y de las instituciones que la sirven, permitirá una mejor aplicación del conocimiento para construir una sociedad estructurada en interés de cada uno y para transformar el medio en que vive en beneficio de todos".*[12]

Es precisamente la investigación uno de los mayores aportes que puede ofrecer el Hospital de Clínicas al Sistema Nacional de Salud. A pesar del decaimiento en diversas áreas, el Hospital mantiene un buen nivel de investigación clínica y básica y ha incorporado un Comité de Ética de la Investigación de intensa labor. En el año 2002 se registraron 114 publicaciones y estaban en curso l68 proyectos de investigación.[13] Es una riqueza potencial que no se ha perdido y que muy bien le vendría al componente asistencial del Sistema.

El tiempo transcurrido desde 1960, los problemas y las dificultades que surgieron desde entonces, hacen que sea necesario formularse nuevas preguntas y a la vez reformularse las viejas: ¿Qué es lo que hace que un hospital sea universitario? ¿Un hospital puede ser universitario sin pertenecer a la Universidad? ¿Basta con pertenecer a la Universidad para ser universitario? ¿El co-gobierno, que ha demostrado ser beneficioso para dirigir las Facultades, sirve para conducir un hospital? ¿No hay conflicto de intereses en la conformación actual de la Comisión Directiva? ¿Es conveniente que la Comisión Directiva esté integrada por miembros sin conocimientos de administración hospitalaria? ¿Tiene sentido la dependencia del Consejo Central Universitario? ¿Las autoridades universitarias, muchas veces críticas del Hospital, han planteado soluciones?

En todo momento el Hospital de Clínicas estuvo al servicio de la sociedad y así lo manifestaron sus autoridades y sus defensores ante ataques de la prensa en distintos momentos. El *slogan* "Hospital del Pueblo" formó parte de todas las manifestaciones en su favor. Se lo calificó como el "Hospital de los pobres" en ocasión de considerar solicitudes de atención a afiliados a mutualistas o al considerar aranceles a cobrar a pacientes sin Carnet de Asistencia del MSP. También en este sentido se actuaba acorde a conceptos defendidos en la Organización Panamericana de la Salud:

> *"La educación médica debe abandonar su "Torre de Marfil" expandiéndose a la comunidad, por su propio bien y por el de la comunidad…La medicina académica necesita ampliar sus avances en el campo de atención del paciente a través de numerosos factores: apreciación creciente de la importancia de la atención integral, que incluye prevención y educación para la salud tanto como diagnóstico y tratamiento, y que se centraliza más en la familia y el paciente que en la enfermedad".*[14]

El paso del tiempo ha reafirmado, y ya nadie lo discute, que el derecho a la atención de la salud es un derecho básico del ser humano, de todos los integrantes de la sociedad. Este derecho crea como contrapartida obligaciones de los prestadores de la asistencia, como lo son, por antonomasia, los hospitales. Esas obligaciones pasan por la humanización de la asistencia, como es el mejoramiento de las relaciones humanas entre pacientes y personal de la salud; por la optimización de la asistencia en todos los niveles de atención, o sea desde el primer nivel hasta la hospitalización domiciliaria, pasando por los distintos niveles de atención y los servicios de alta tecnología; y la mejor utilización de los recursos humanos y materiales, que incluye la dedicación completa del personal.

Esta postura ideológica siempre estuvo presente entre los objetivos del Hospital, que se preciaba de ser abierto a la comunidad y de estar volcado a su servicio. Aunque la realidad mostrara otra cosa: un progresivo alejamiento de la sociedad por el ensimismamiento del Hospital, consecuente y paralelo al creciente deterioro del nivel asistencial.

Se aspiraba no solo a involucrar al Hospital de Clínicas sino a todo el Sistema de Salud del país con los mismos postulados. Hoy, ante la existencia de un nuevo Sistema de Salud aprobado por los representantes de la sociedad, que reafirma los mismos objetivos que tuvo siempre el Hospital, no puede menos que reconocerse que las aspiraciones del Hospital de Clínicas tienen su lógica continuidad en el Sistema Nacional Integrado de Salud, expresamente volcado al servicio de toda la sociedad y no a determinados usuarios. De lo que se deduce que la integración del Hospital al Sistema y la coordinación asistencial con los diversos efectores de salud, debe ser absolutamente prioritaria, por ser coherente con principios defendidos durante décadas, aunque ello signifique perder ciertos privilegios defendidos en el pasado, como la radical y total independencia del poder político, en este caso representado por las autoridades del Sistema. Esta imprescindible coordinación con los diversos actores del Sistema tiene dificultades conocidas desde hace tiempo. En *La salud de los uruguayos,* de 1994, expresaban sus autores en el capítulo *Hacia un sistema nacional de salud*:

> *"La coordinación como medio para integrar el sistema parecería reiterar una manida recomendación pero se insiste en ella porque la coordinación es difícil de alcanzar. Se la acepta en lo abstracto, donde su significado se desdibuja,*

pero se la resiste en lo concreto, donde afecta o amenaza intereses. La existencia de un sistema orgánico supone objetivos del sistema a los cuales se subordinan los de sus componentes y supone el reforzamiento de relaciones entre los componentes. La autoridad sanitaria en quien se delegue el proceso de avance hacia un sistema nacional de salud debe buscar la coordinación entre sectores en temas concretos y promover el relacionamiento entre los componentes, induciendo coordinaciones en el plano nacional pero también en el regional y local".[15]

A las dificultades de la coordinación se asocia la tan reiterada dificultad de los uruguayos para todo tipo de cambio, en especial en la salud, donde se han sucedido recidivantes diagnósticos de la situación sanitaria[116] y fallidas propuestas de soluciones.

"…el carácter burocrático del funcionamiento del sector público y la falta de eficiencia en el sector privado coadyuvan a una fuerte tendencia a resistir los cambios, poniendo el énfasis en la naturaleza de los procedimientos más que en el logro de los objetivos propuestos".[17]

La independencia del poder político, tan cara para los universitarios de mediados del siglo XX, tenía justificación cuando el Hospital de Clínicas era un baluarte de buena asistencia para la población menos protegida. Carece de sentido y se asemeja a soberbia cuando el Hospital "independiente" o "autónomo" se ha deteriorado, ha perdido su mística y se ha transformado en campo de lucha de intereses corporativos y políticos. El hospital universitario no puede estar por encima de la comunidad sino cooperar con ella e integrarse al sistema que la abarca en su totalidad, sistema que hoy en día es el SNIS. Como también se decía en 1972:

"El propósito final de cualquier sistema de atención de la salud es la salud del pueblo. Las universidades deben cambiar para proveer modelos con los que los alumnos puedan obtener experiencia educacional y de investigación con atención al paciente… El hospital universitario debería ser el campo de reunión más adecuado, por los intereses que la universidad y la comunidad tienen en la educación e investigación de la salud y en la medicina…En toda esto, la postura de la universidad será de cooperación y no de supervisión".[18]

Conservando esos dos postulados de hospital universitario y volcado a la comunidad, integrado el Hospital al SNIS, hay lugar para el optimismo. Si muy pocos construyeron una ilusión y la transformaron en realidad, si otros pocos la hicieron caminar y crecer hasta ser un ejemplo en el continente, ¿qué no podrán realizar los muchos más que somos hoy y seremos mañana? La reconstrucción estará al alcance de la mano. Para eso no se podrán evitar las preguntas que

emergen de la autocrítica y que será obligatorio contestar: ¿No habrá llegado el momento de cambiar la Ordenanza del Hospital de Clínicas, e incluso la Ley Orgánica de la Universidad para permitir la integración al SNIS? ¿No es lógico y necesario abrir los otros centros asistenciales a la docencia y la investigación? ¿No es la integración al SNIS el camino adecuado para ello? ¿La autonomía de la docencia y de la investigación no es compatible con la coordinación de la asistencia? ¿Es admisible que la integración al SNIS termine en una frustración igual a la del Centro Médico?

Reconocemos que hay muchas opiniones no concordantes en estos temas, todas y cada una de ellas con fundamentos legítimos y respetables. Pero lo peor que puede pasar es que no haya discusión amplia e informada al respecto. Discusión franca, fraternal, con argumentos sólidos y reales, con datos objetivos, sin prejuicios, sin caprichos, sin ocultación de intereses, teniendo en cuenta que la discusión debe tener la vista puesta en el futuro, en el objetivo final de un hospital a la vez universitario y al servicio de la comunidad, como deseaban sus hacedores. En el Hospital de Clínicas formando parte de la "Red Sanitaria Nacional" tantas veces invocada por los militantes universitarios de todas las épocas. Solo con un Hospital comprometido en esa Red Sanitaria Nacional podrán enfrentarse los desafíos del futuro, que son muchos y requieren el esfuerzo de todos los actores para enfrentarlos con éxito y poder acceder a las grandes realizaciones que hasta hoy se esconden tras el horizonte.

Resuelta la integración del Hospital al SNIS, puesta en marcha la reconstrucción del Hospital, deberán encararse otros problemas pendientes, no tan trascendentes como el anterior, pero no por eso carentes de importancia. La informatización de los hospitales, con la incorporación de la tecnología electrónica para registros, archivos, historias clínicas, resultados de laboratorio, información médica actualizada, etc., es imperiosa. La actualización tecnológica de equipos para procedimientos diagnósticos y terapéuticos también es imprescindible. La intercomunicación con instituciones similares es una tarea ineludible para la formación de recursos humanos. La ampliación de las horas dedicadas al servicio hospitalario, la multiplicación de los procedimientos quirúrgicos en especial los de tercer nivel, la extensión domiciliaria de la atención, la puesta en marcha de modelos de prevención, son necesidades exigidas por la formación de médicos y personal de la salud más calificado.

Sobre todo se debe insistir en la formación y capacitación, en colaboración con el Ministerio de Salud Pública, **de especialistas en Salud Pública de nivel de dirección y de nivel intermedio**, que constituye un área descuidada por la Facultad de Medicina y la Universidad de la República, desde que no existe un sector destinado a la formación de los líderes de alto nivel para la conducción de las instituciones hospitalarias. Esta especialidad de Salud Pública incluye diferentes componentes y disciplinas, a saber: epidemiología, administración o gestión de servicios, auditoría, ciencias sociales y salud, economía de la

salud, salud ambiental, etc. Múltiples intentos y controversias se han registrado en este sentido.

> *"Los actuales debates en diferentes foros sobre el desarrollo de recursos humanos en salud pública revelan una preocupación compartida en distintas regiones del mundo sobre las necesidades y la adecuación de la enseñanza - aprendizaje de esta disciplina. Se constata que emerge una responsabilidad social distinta a la del pasado en la misión de formar líderes en salud pública. Esto se expresa en un cuestionamiento del para qué y cómo formamos a los futuros profesionales de salud pública, rebasando las preocupaciones esenciales sobre los contenidos relevantes, para abarcar también los principios, estrategias y metodologías de aprendizaje que aseguren la apropiación de una capacidad efectiva de intervención en contextos reales".*[19]

Desde los intentos y planteos teóricos y prácticos efectuados por la Dirección del Hospital de Clínicas, muchas iniciativas y controversias se registraron, con la participación de la Facultad, el Ministerio de Salud Pública y la Universidad, sin que fuera posible crear una unidad autónoma y eficaz para la formación de los altos mandos de los servicios de salud de mayor complejidad.[20]

En 1954 la Escuela de Graduados creó la especialidad de Higiene, iniciándose el primer curso de especialista en 1955. En 1961 cambió su denominación por la de Salud Pública. En 1968 la profesora Obdulia Ébole notificó a la Escuela de Graduados la suspensión del curso de Especialista en Salud Pública por entender que no tenía el nivel exigido y a fines del año presentó una propuesta para su modificación. Por distintos motivos se llegó a 1973 sin que la Facultad resolviese sobre el tema.

En 1971 el equipo de Dirección del Hospital de Clínicas preparó y publicó un documento referente a la Enseñanza de la Administración Médica.[21]

La Intervención de la Facultad de Medicina resolvió en 1979 reabrir el curso de Especialista en Salud Pública. En 1986 la nueva profesora Gloria Ruocco suspendió nuevamente el Curso y preparó un nuevo programa con el cual se reiniciaron los cursos en 1989.

En la década siguiente, durante el Rectorado del Ing. Quím. Jorge Brovetto, el representante de la OPS/OMS en Uruguay, Dr. Juan Carlos Veronelli, planteó la posiblilidad de iniciar la organización de cursos de Administración de Servicios de Salud, dependientes de la Universidad, en un proyecto de Escuela de Salud Pública, con docentes de las Facultades de Medicina, Derecho, Ciencias Económicas e Ingeniería. Los únicos dos cursos realizados contaron con el apoyo del Banco de Previsión Social en cuyas instalaciones se desarrollaron. La iniciativa lamentablemente se agotó por falta de continuidad en el apoyo de la Universidad.

En 1999 el Decano Prof. Luis Calegari y el Ministro de Salud Pública Raúl Bustos con el apoyo de la OPS convocaron a varias instituciones para intentar crear una Escuela de Salud Pública. En 2001 se designó nuevo Profesor Director del Departamento de Medicina Preventiva y Social al Dr. Alejandro Gherardi, cuyo plan de trabajo tenía como eje principal la creación de un Instituto de Salud Pública.

Todo este ir y venir en la formación de los especialistas no ha sido beneficioso, incidiendo en la cantidad y calidad de los aspirantes. Esa carencia que puede calificarse de grave omisión de los servicios universitarios y de salud, determina que al momento actual el País carezca de dirigentes con sólida formación para conducir el proceso de la reforma del sector Salud, tanto a nivel público como privado, lo que puede poner en riesgo el desarrollo del SNIS. De las principales claves en el fracaso de la implantación de los servicios de salud, han sido las fallas en la coordinación e integración de servicios y la falta de formación idónea de los cargos de dirección. Diversas consideraciones en este sentido han surgido en los últimos años. Como ejemplo citaremos la imprescindible formación gerencial, puesta de manifiesto por María C. Falco, Irene Güenaga y Susana Pilón,[22] la capacitación de los mandos intermedios, cuya necesidad no sería inferior a 400 según Oscar Ressia[23] y el desafío planteado por la economía de la salud y la manera de abordarlo, que fue analizado por Graciela Fernández en su monografía “Para un desarrollo sustentable del Sistema Nacional Integrado de Salud”.[24]

Paralelo a los adelantos en la organización de un nuevo Sistema de Salud y de la adecuada formación de sus técnicos, debe encararse un proceso que reúna a todos esos aspectos dentro de un marco adecuado de funcionamiento. Este proceso involucra dos aspectos: **calidad de la atención** y **acreditación** de las instituciones prestadoras. En lo referente a calidad:

> *“El Sistema de Salud uruguayo presenta una tradición de preocupación por la calidad de los servicios. No obstante, se ha descuidado la instancia de la evaluación de la misma en forma institucionalizada y sistemática. La búsqueda de la calidad se ha orientado principalmente hacia el mayor uso de la tecnología y no se ha otorgado la misma importancia a otros aspectos de la calidad de los servicios centrados más específicamente en los usuarios y en procedimientos más eficaces y con menor costo”.*[25]

La calidad de la atención médica no es alcanzable en forma aislada, está indisolublemente unida a dos factores: la eficiencia laboral y la calidad de la educación médica. La falta de eficiencia en las tareas es sinónimo de deterioro, de falta de calidad y de frustración. Es una absoluta necesidad priorizar los procedimientos que conduzcan a mejorar la eficiencia de cada una de las infinitas

tareas hospitalarias. En cuanto a la calidad de la educación médica, E. Ruelas en 1994 resumía de esta manera, como conclusiones, la interrelación:

> *"Conclusiones: 1) La calidad tanto en la atención médica como en la educación médica es ahora una prioridad. 2) La calidad de la atención médica y la calidad de la educación médica están íntimamente relacionadas. 3) Las estrategias de garantía de calidad utilizadas en los servicios asistenciales son totalmente aplicables en las instituciones de educación médica. 4) Evaluar la calidad no basta para mejorarla. 5) La garantía y aseguramiento de la calidad de educación médica debe apoyarse en 3 estrategias complementarias: a) La acreditación de las instituciones educativas; b) la implantación de programas de mejoramiento continuo; c) establecimiento de un sistema de enseñanza - aprendizaje enfocado en calidad".*[26]

El otro componente importante del proceso es la **acreditación** del Hospital, mediante la cual, a través de una junta de evaluadores externos, se verifica la calidad del funcionamiento de los servicios que presta a la población asistida. Es una tarea que se realiza tras una larga secuencia de certificación departamento por departamento, analizando si cada uno de ellos, y por último, si todos en conjunto, reúnen las exigencias pautadas en un protocolo generado por una entidad superior. En América Latina se han realizado diversos intentos para incursionar en procesos de esta naturaleza, que sin duda proveen a la propia institución hospitalaria, al grupo encargado de su administración y financiación, de una herramienta que permite advertir el estado de situación de cada una de sus unidades funcionales y realizar recomendaciones para corregir aquellos problemas detectados a lo largo de la evaluación. El Hospital de Clínicas desde las décadas de los 50 y 60 apuntó a reunir esos requisitos para someterse alguna vez al inicio de ese proceso, de ahí la introducción de la historia clínica única y la creación del Cuerpo Médico y sus comisiones. Circunstancias internas y externas le han impedido completarlo. En consecuencia, el efecto positivo que derivaría hacia el resto de los establecimientos públicos y privados, no pudo verificarse. De tal forma que a pesar de los esfuerzos realizados, el proceso en nuestro país está aun pendiente.[27] En años recientes se ha vuelto sobre el tema encarando la necesidad de calidad en la salud por parte de uno de los Directores Asistentes del Hospital:

> *"El camino hacia la mejoría de la calidad es progresivo y permanente. Pero también es irreversible pues una vez que comenzamos a transitarlo irremediablemente debemos seguir en él. Exige flexibilidad, imaginación, responsabilidad y trabajo. Pero también requiere un método, integración y trabajo en equipo. La apuesta al proceso borra el protagonismo de las personas y la evaluación de los resultados supera al interés individual."*

> *"Creemos que en nuestro país se ha sembrado la semilla de la preocupación de la calidad…En el campo de los servicios de salud, los grupos que han profundizado en este asunto han concretado sus esfuerzos en encuentros nacionales sobre garantías de calidad y acreditación de hospitales, la elaboración del manual de estándares e indicadores para la acreditación de servicios de salud, así como el esfuerzo de diferentes instituciones en programas de calidad con resultados muy alentadores".*[28]

La irreversible preocupación por la necesidad de habilitación y acreditación se ha hecho extensiva a los servicios prestadores de primer nivel de atención.[29]

Sin duda, cuando todo esto se logre, será un paso gigantesco hacia certificar prestaciones de calidad, lo que estimulará retomar un camino en el cual se obtendrán múltiples beneficios hacia quienes trabajan en el Hospital y hacia la comunidad a la que sirve. Será un factor que fortalecerá el sistema de salud.

Conociendo la historia del Hospital es posible no repetir errores, olvidar prejuicios y aspirar a una nueva utopía, impregnada de los éxitos del pasado. Una nueva utopía, ajena a las luchas por el poder, en la que sobrevivan los sueños de un hospital universitario, volcado a la comunidad e inserto cabalmente en su sistema de salud y en la que los objetivos de eficiencia laboral y calidad asistencial se transformen en realidades sustentables.

FUENTES Y REFERENCIAS DEL EPÍLOGO

1- Ronzoni R: El Clínicas está grave. *El Día,* 16 de noviembre de 1981.

2- Rappalini C: La Salud Postergada. *El Día,* 15 de abril de 1984. Incluye entrevistas a los profesores Pedro Benedek, de Neurocirugía, y Alberto Aguiar, de Clínica Quirúrgica A. Este último integraba el Consejo de Estado.

3- "La gran verdad del Hospital de Clínicas". *El Día,* 8 de setiembre de 1985.

4- "Dr. Avellanal: Solo cambios profundos pueden revertir esta grave situación". *La Hora,* 2 de enero de 1986.

5- "Texto completo de la carta renuncia del doctor Hugo Villar: No estoy dispuesto a hipotecar mi trayectoria en medio de un conjunto de circunstancias anormales". *La República,* 17 de abril de 1991.

6- "Esta semana se presentará ante el BID proyecto de reconversión del Clínicas". *El Observador Económico,* 28 de diciembre de 1993.

7- "Se cayó en un enfrentamiento entre figuras prestigiosas". Entrevista al Dr. Edmundo Batthyany. *Noticias SMU*, mayo l998, 92:35-37.

8- "La renovación del Hospital de Clínicas entrenta a la Universidad a un debate sobre su propia renovación". *Posdata,* 22 de marzo de 1995.

9- Declaración de la Asamblea del Claustro de la Facultad de Medicina, 22 de julio de 2004 (FDAN).

10- Nowinski C, Ripa JC, Villar H: Evolución del concepto de hospital. En: Sonis A y col: Atención de la Salud, 2ª Edición, 1983, Buenos Aires, Editorial El Ateneo, Tomo 2: 437-446.

11- Sommers AR: El futuro rol del hospital universitario. Atención Médica (CLAM – OPS), 1972, 1(1):30-51. Traducido de: Hospitals. *Journal of the American Hospital Association*, vol 45, Nº22 (Nov 16, 1971).

12- Nowinski A, Ripa JC: La investigación en los hospitales. *Educ Med Salud*, 1980, 14(4):355-368.

13- Anuario de investigación científica 2002. Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", Montevideo, 2003, Universidad de la República, Hospital de Clínicas.

14- Sommers AR: Op cit.

15- Veronelli JC, Nowinski A, Haretche A, Roitman B: La salud de los uruguayos, cambios y perspectivas. Montevideo, 1994, Organización Panamericana de la Salud, pp:142-143.

16- Mieres Gómez G: El sector Salud. 75 años de un mismo diagnóstico. Montevideo, 1997, Sindicato Médico del Uruguay.

17- Veronelli JC y col: Op cit, p:93.

18- Darley W: El futuro rol del hospital universitario desde el punto de vista de la educación médica. *Atención Médica* (CLAM – OPS), 12972, 1(1):52-57.

19- Rovere M: Educación en Salud Pública; relevancia, calidad y coaliciones estratégicas. En: La formación de posgrado en Salud Pública. Nuevos desafíos, nuevos caminos. Buenos Aires, 2004, OPS/OMS, p:22.

20- Gherardi A, Nowinski A, Villalba S: Informe de la Comisión Asesora para la provisión titular de Profesor Agregado de la Unidad Docente de Administración de Servicios de Salud. Montevideo, 2003. (FDAN).
21- Villar H, Nowinski A, Ripa JC: Enseñanza de la Administración Médica. Montevideo, 1971, Hospital de Clínicas, p:32 (FDAN).
22- Falco MC, Güenaga I, Pilón S: La función gerencial en las instituciones de asistencia médica colectiva en Uruguay. Monografía. Montevideo, 1995, Facultad de Ciencias Económicas y de Administración, Universidad de la República (FDAN).
23- Ressia O: Capacitación en administración de salud. Monografía. Departamento de Medicina Preventiva y Social. Montevideo, 2002 (FDAN).
24- Fernández G: Para un desarrollo sustentable del Sistema Nacional Integrado de Salud. Monografía. Trabajo final del diploma de gestión de Servicios de Salud, 2007, Instituto Universitario CLAEH.
25- Fernández JL, Gilmore C, Nowinski A, González Prieto G, Ríos S, Ferreira A: Propuesta de modelo para la acreditación voluntaria de instituciones prestadoras de servicios en el sector salud de la República Oriental del Uruguay. Montevideo, 1999. (FDAN).
26- Ruelas E: El ciclo iterativo de la calidad educación-atención y estrategias de garantías de calidad de la educación médica. En: Encuentro Continental de Educación Médica. Punta del Este, 1994, OPS/OMS y Facultad de Medicina, pp:179-187. (FDAN).
27- Fernández J L y col: Op cit.
28- Esperón Percovich A: Hacia la calidad en la salud. Abordaje inicial del tema, en vista a su desarrollo en nuestro medio. Monografía de Post Grado de Administración de Servicios de Salud. Montevideo, 1999. (FDAN)
29- Alemán O, Olivera J, Rodríguez N, Nowinski A: Análisis de calidad y aplicabilidad de las normas existentes de habilitación y acreditación de establecimientos y servicios de salud públicos y privados con énfasis en el primer nivel de atención. Informe para el Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud. Montevideo, 2006. (FDAN).

ANEXOS

"Hemos huido de la inmovilidad, hemos buscado el movimiento sintiendo esa inquietud que es encanto de la vida, tratamos de avanzar. Más de una vez ese avance ha sido insignificante; pero nos conforta el saber que en toda obra humana, aun equivocada, aun cuando sea necesario retroceder, no se pierde todo, queda siempre algún beneficio, alguna enseñanza".

Julio César García Otero*
Decano de la Facultad de Medicina

* García Otero JC: Memoria del Decanato 1939-1945, Montevideo, 1945, Facultad de Medicina, p:5.

ANEXO 1
Autoridades y jerarquías

ANEXO 2
Conferencias y cursos de técnicos extranjeros

ANEXO 3
El primer trasplante renal

ANEXO 4
Del anecdotario del Hospital

ANEXO 1

AUTORIDADES Y JERARQUÍAS

AÑO 1963*

COMISIÓN DIRECTIVA

Presidente	Prof. Adj. Dr. Constancio CASTELLS
Representante por el orden docente	Prof. Dr. Frank HUGHES
Representante por el orden docente	Prof. Adj. Dr. Jorge DIGHIERO
Representante por el orden profesional	Dr. Francisco DE CASTELLET
Representante por el orden estudiantil (1)	Br. Lucas ACOSTA
Representante de los funcionarios no docentes	Sr. Aurelio BEAUXIS

(1) En 35 sesiones actuó como delegado de los estudiantes el Br. Tabaré González. Lucas Acosta lo hizo en las 5 restantes.

DIRECCIÓN

Director del Hospital	Dr. Hugo VILLAR
Asistente del Director	Sr. Aron NOWINSKI

ASESORES DE DIRECCIÓN

Arquitecto	Carlos SURRACO
Ingeniero	Enrique RODRÍGUEZ MOLINARI

* Informe Estadístico del Hospital de Clínicas, 1963, publicado en 1964.

JEFATURAS DE LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL

1. SERVICIOS CLÍNICOS

Clínica Médica "A"	Prof. Dr. Fernando HERRERA RAMOS
" Semiológica	Prof. Dr. Pablo PURRIEL
" Quirúrgica "A"	Prof. Dr. Abel CHIFFLET
" Quirúrgica "B"	Prof. Dr. José A. PIQUINELA
" Quirúrgica "F"	Prof. Dr. Héctor ARDAO
" Dermosifilopática	Prof. Dr. Aquiles R. AMORETTI
" Ginecotocológica	Prof. Dr. Juan J. CROTTOGINI
" Neurológica	Prof. Dr. Román ARANA IÑÍGUEZ
" Nutrición y Digestivo	Prof. Dr. Cándido MUÑOZ MONTEAVARO
Clínica Oftalmológica	Prof. Dr. Washington ÍSOLA
" Otorrinolaringológica	Prof. Dr. Héctor REBAGLIATTI
" Urológica	Prof. Dr. Frank HUGHES
Servicio de Anestesiología y Gasoterapia	Dr. Alfredo PERNIN
Depto. de Emergencia	Prof. Adj. Dr. Walter GARCÍA FONTES

2. SERVICIOS DE DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS ESPECIALES

Depto. de Radiología	Prof. Dr. Alfonso FRANGELLA
	Prof. Adj. Dr. Leandro ZUBIAURRE
Laboratorio Clínico	Dr. Washington ESCARÓN
Depto. de Anatomía Patológica	Prof. Dr. Pedro FERREIRA BERRUTTI
Servicio de Sangre y Plasma	Dr. Julio C. BELTRÁN
Depto. de Cardiología Prof. Adj.	Dr. Jorge DIGHIERO
Depto. de Física Médica y Rehabilitación	Prof. Dr. Mario A. CASSINONI
Servicio de Odontología	Dr. Juan C. SASSI
	Dr. César P. PEBÉ
Servicio de Fisiología Obstétrica	Prof. Dr. Roberto CALDEYRO-BARCIA

3. SERVICIOS TÉCNICOS PARAMÉDICOS

Depto. de Admisión	Dra. Margot SOUZA de CARDEZA
Depto. de Historias Clínicas y Estadística Médica	Dra. Renée MINATTA
Depto. de Enfermería	Nurse Dora IBARBURU
" de Alimentación	Srta. Ma. Laura MARTÍNEZ VISCA
" de Servicio Social	A. S. Judith DELLEPIANE de RAMA
" de Farmacia	Dr. Otto GONZÁLEZ CORREA

4. SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

Sección Secretaría General	Srta. María FERNÁNDEZ PRESAS
Secretaría Cuerpo Médico	Srta. Eufrosina VALDÉS OLASCOAGA

Sección Personal	Srta. Raquel FERREIRA RAMOS
	Srta. Eloísa ROUTIN
	Sr. Roberto BLANCO
Sección Compras	Sr. Julio C. PAMPILLÓN
	Sr. José Ma. MORGADE
Sección Almacenes	Sr. Rogelio SIMONE
" Almacenes (Registro)	Sr. Américo BAZÁN
Taller de Imprenta	Sr. Hermenegildo RUEDA
Taller de Costurero	Sr. Juan CULTELLI
Depto. de Contaduría	Cr. Isaac MARGULIES
Sección Contabilidad	Sr. Washington CORREA
	Sr. Walter BERNARDI
	Sra. Nelly LACAZE de VIGNOLI
Sección Pagaduría y Recaudación	Sr. Carlos PONGIBOVE
Sección Intendencia	Sr. Armando TURCATI MATOS
Sección Lavadero (Sec. Lavado)	Sr. Gerónimo MASNER
" Lavadero (Sec. Planchado)	Sra. Elvira TORRES de CASSANI
Sección Mantenimiento y Operación de Planta	Sr. Carlos FERREIRA RAMOS
Mantenimiento de Instalaciones	Sr. Washington MÍGUEZ
Mantenimiento de Edificio	Sr. Eduardo LANGDON

CUERPO MÉDICO

Comité Ejecutivo

Presidente	Prof. Dr. Fernando HERRERA RAMOS
Vice Presidente	Prof. Dr. Carlos SANGUINETTI
Secretario	Prof. Adj. Dr. Antonio BORRÁS
Vocal	Prof. Adj. Dr. Héctor DEFFÉMINIS
"	Prof. Adj. Dr. W. GARCÍA FONTES

COMITÉS

Actuaron durante el ejercicio 1963, los siguientes:

Comité de Auditoría:	Pte. Prof. Dr. Pedro Ferreira Berrutti; Srio. Dr. Carlos Gómez Haedo; Vocales: Prof. Dr. José A. Piquinela; Prof. Dr. Pablo Purriel; Dr. Washington Escarón.
Comité de Consultas:	Pte. Prof. Dr. Héctor Ardao; Vocales: Prof. Adj.: Bernardino Rodríguez; Dr. Jorge Bouton.
Comité de Infecciones:	Pte. Dr. Julio C. Priario; Vocales: Dra. Mary Ramos de Orlando; Dr. Mario Medina. Comité de Tejidos: Pte. Dr. Juan Fco. Cassinelli; Vocales: Dra. M. Souza de Cardeza; Dr. Roberto Perdomo.

Comité de Programación:	Pte. Prof. Adj.: Dr. Eduardo J. Canabal; Vocales: Prof. Adj. Dr. Ciro Jaumandreu; Dr. Eduardo Anavitarte; Dr. Daoiz Mendoza; Dr. Jorge Ferrer.
Comité de Internado:	Pte. Dr. José Piñeyro; Vocales: Dr. Luis Praderi; Dr. Mario Olazábal.
Comité de Historias Clínicas:	Pte. Dra. María Delia Bottinelli; Vocales: Dra. Renée Minatta; Dr. Luis Castillo; Dr. Dante Tomalino; Dr. Nelson Varela.
Comité de Relaciones Profesionales:	Pte. Prof. Dr. Román Arana; Vocales: Dr. Juan Fco. Tost; Dr. Eduardo Navarrete; Dr. Alfonso Giampietro; Dr. Julio Viola.
Comité Científico:	Pte. Prof. Adj. Dr. Leandro Zubiaurre; Vocales: Dr. Pedro Paseyro; Dr. Enrique Barthe; Dr. Juan González Leprat; Dra. Ma. Antonieta Rebollo.

COMISIÓN DE PRESUPUESTO

Presidente:	Director del Hospital, Dr. Hugo Villar
Representante del orden docente:	Dra. Obdulia Ébole
Representante del orden profesional:	Dr. Ricardo Caritat Theoduloz
Representante del orden estudiantil:	Br. Domingo Russi
Representante de los funcionarios no docentes:	Sr. Luis Agostino.

COMITÉS ASESORES DE DIRECCIÓN

Comité de Terapéutica	Pte.: Prof. Dr. José Estable; Dra. Célica Acevedo de Mendilaharsu; Dr. Raúl González Puig; Dr. Benito Barrós; Dr. Otto González Correa.
Comité de Centro Quirúrgico	
Coordinador:	Prof. Dr. Frank Hughes
Miembros:	Prof. Adj. Dr. Eduardo Anavitarte; Prof. Adj. Dr. Julio Viola; Dr. Luis Praderi; Prof. Adj. Dr. Julio C. Priario; Prof. Adj. Dr. Roberto Rubio; Prof. Adj. Dr. Juan A. Folle; Prof. Adj. Dr. Alfonso Giampietro; Prof. Adj. Dr. Antonio Borrás; Prof. Adj. Dr. Luis Alberto Castillo.
Jefe del Servicio de Anestesiología:	Dr. Alfredo Pernin
Jefe del Depto. de Enfermería:	Nurse Dora Ibarburu
Enfermera Jefe de Centro Quirúrgico:	Srta. Mirtha Mut

Concurre habitualmente a las reuniones, el Director del Hospital o su Asistente.

AÑO 1964*

COMISIÓN DIRECTIVA

Presidente:	Prof. Adj. Dr. Constancio CASTELLS (1)
	Prof. Adj. Dr. Jorge DIGHIERO (2)
Representante por el orden docente	Prof. Dr. Frank HUGHES
Representante por el orden docente	Prof. Adj. Dr. Jorge DIGHIERO (1)
	Prof. Adj. Dr. Juan. J. POSEIRO (2)
Representante por el orden profesional	Dr. Francisco DE CASTELLET
Representante por el orden estudiantil	Br. Juan Carlos CAPO
Representante de los funcionarios no docentes	Sr. Aurelio BEAUXIS

(1) hasta el 15 de noviembre de 1964
(2) a partir del 16 de noviembre de 1964.

DIRECCIÓN

Director del Hospital	Dr. Hugo VILLAR
Asistente del Director	Sr. Aron NOWINSKI

ASESORES DE DIRECCIÓN

Arquitecto	Carlos SURRACO
Ingeniero	Enrique RODRÍGUEZ MOLINARI

JEFATURAS DE LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL

1. SERVICIOS CLÍNICOS

Clínica Médica "A"	Prof. Dr. Fernando HERRERA RAMOS
" Semiológica	Prof. Dr. Pablo PURRIEL
" Quirúrgica "A"	Prof. Dr. Abel CHIFFLET
" Quirúrgica "B"	Prof. Dr. José A. PIQUINELA
" Quirúrgica "F"	Prof. Dr. Héctor ARDAO
" Dermosifilopática	Prof. Dr. Aquiles R. AMORETTI
" Ginecotocológica	Prof. Dr. Juan J. CROTTOGINI
" Neurológica	Prof. Dr. Román ARANA IÑÍGUEZ
" Nutrición y Digestivo	Prof. Dr. C. MUÑOZ MONTEAVARO
Clínica Oftalmológica	Prof. Dr. Washington ÍSOLA
" Otorrinolaringológica	Prof. Dr. Héctor REBAGLIATTI
" Urológica	Prof. Dr. Frank HUGHES
Servicio de Anestesiología y Gasoterapia	Dr. Alfredo PERNIN

* Informe Estadístico del Hospital de Clínicas 1964, publicado en 1965.

Depto. de Emergencia	Prof. Adj. Dr. Walter GARCÍA FONTES

2. SERVICIOS DE DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS ESPECIALES

Depto. de Radiología	Prof. Dr. Alfonso FRANGELLA
	Prof. Adj. Dr. Leandro ZUBIAURRE
Laboratorio Clínico	Dr. Washington ESCARÓN
Depto. de Anatomía Patológica	Prof. Dr. Pedro FERREIRA BERRUTTI
Servicio de Sangre y Plasma	Dr. Julio C. BELTRÁN
Depto. de Cardiología	Prof. Adj. Dr. Jorge DIGHIERO
Depto. de Física Médica y Rehabilitación	Prof. Dr. Mario A. CASSINONI
Servicio de Odontología	Dr. Juan C. SASSI
	Dr. César P. PEBÉ
Servicio de Fisiología Obstétrica	Prof. Dr. Roberto CALDEYRO BARCIA

3. SERVICIOS TÉCNICOS PARAMÉDICOS

Depto. de Admisión	Dra. Margot SOUZA de CARDEZA
Depto. de Historias Clínicas y Estadística Médica	Dra. Renée MINATTA
Depto. de Enfermería	Nurse Dora IBARBURU
“ de Alimentación	Srta. Ma. Laura MARTÍNEZ VISCA
“ de Servicio Social	A. S. Judith DELLEPIANE de RAMA
“ de Farmacia	Dr. Otto GONZÁLEZ CORREA
Sección Secretaría General	Srta. María FERNÁNDEZ PRESAS
Secretaría Cuerpo Médico	Srta. Eufrosina VALDÉS OLASCOAGA
Sección Personal	Srta. Raquel FERREIRA RAMOS
	Srta. Eloísa ROUTIN
	Sr. Roberto BLANCO
Sección Compras	Sr. Julio C. PAMPILLÓN
	Sr. José Ma. MORGADE
Sección Almacenes	Sr. Rogelio SIMONE
“ Almacenes (Registro)	Sr. Américo BAZÁN
Taller de Imprenta	Sr. Hermenegildo RUEDA
Taller de Costurero	Sra. Nilda CAFFERA de FERRI (1)
Depto. de Contaduría	Cr. Isaac MARGULIES
Sección Contabilidad	Cr. Rafael APARICIO (2)
	Sr. Washington CORREA
	Sr. Walter BERNARDI
	Sra. Nelly LACAZE de VIGNONE
Sección Pagaduría y Recaudación	Sr. Carlos PONGIBOVE
Sección Intendencia	Sr. Armando TURCATI MATOS (3)
	Sra. Delia SALABERRY de ARGUDÍN (4)

Sección Lavadero (Sec. Lavado)	Sr. Gerónimo MASNER
" Lavadero (Sec. Planchado)	Sra. Elvira TORRES de CASSANI
Sección Mantenimiento y Operación de Planta	Sr. Carlos FERREIRA RAMOS (5)
Mantenimiento de Instalaciones	Sr. Washington MÍGUEZ
Mantenimiento de Edificio	Sr. Eduardo LANGDON

(1) A partir del 15 de abril de 1964.
(2) A partir del 13 de octubre de 1964.
(3) Hasta el 17 de abril de 1964.
(4) A partir del 26 de octubre de 1964.
(5) Hasta el 12 de junio de 1964.

CUERPO MÉDICO

Comité Ejecutivo

Presidente	Prof. Dr. Fernando HERRERA RAMOS
Vice Presidente	Prof. Adj. Dr. Walter GARCÍA FONTES
Secretario	Prof. Adj. Dr. Antonio BORRÁS
Vocal	Dra. Renée MINATTA
	Dr. Carlos GÓMEZ HAEDO

COMITÉS

Actuaron durante el ejercicio 1964, los siguientes:

Comité de Auditoría:	Pte. Prof. Dr. Pedro Ferreira Berrutti; Prof. Dr. Pablo Purriel; Prof. Dr. Héctor Ardao; Prof. Adj. Dr. Leandro Zubiaurre; Prof. Adj. Dr. Ciro Jaumandreu.
Comité de Infecciones:	Pte. Dr. Julio C. Priario; Vocales: Dra. Mary Ramos de Orlando; Dr. Mario Medina.
Comité de Tejidos:	Pte. Dr. Juan Francisco Cassinelli; Vocales: Dra. Margot Souza de Cardeza; Dr. Luis Campalans; Dr. Valdo Gardiol.
Comité de Programación:	Pte. Prof. Dr. Pablo Purriel; Prof. Dr. Cándido Muñoz Monteavaro; Dr. Alberto Aguiar; Dra. Livia Dávila.
Comité de Internado:	Pte. Dr. Omar Barreneche; Dr. Luis Praderi; Dr. Jorge Boutón.
Comité de Historias Clínicas:	Pte. Dra. María Delia Bottinelli; Dra. Renée Minatta; Dr. Luis Castillo; Dr. Dante Tomalino; Dr. Nelson Varela.
Comité de Relaciones Profesionales:	Pte. Prof. Dr. Román Arana Iñíguez; Dr. Julio Viola; Dr. Juan Fco. Tost; Dr. Mario Arcos Pérez; Dr. Roberto Rubio.
Comité de Credenciales:	Pte.: Prof. Dr. Juan J. Crottogini; Prof. Dr. Héctor Ardao; Prof. Adj.: Dr. Juan C. Lorenzo; Dra. S. Acevedo de Mendilaharsu; Dr. Jorge Negrotto.
Comité Científico:	Pte. Prof. Dr. Benigno Varela Fuentes; Prof. Dr. Carlos Stajano; Prof. Dr. Pedro Regules; Prof. Dr. Carlos Sanguinetti; Dr. Pedro Paseyro.

El Director del Hospital es miembro nato de todos los Comités.

COMITÉS ASESORES DE DIRECCIÓN

Comité de Terapéutica	Pte.: Prof. Dr. José Estable; Prof. Dr. Fernando Herrera Ramos; Dra. Célica Acevedo de Mendilaharsu; Dr. Raúl González Puig; Dr. Benito Barrós; Dr. Otto González Correa (miembro nato).
Comité de Centro Quirúrgico	
Coordinador:	Prof. Dr. Frank Hughes
Miembros:	Prof. Dr. Ciro Jaumandreu; Dr. Alberto Aguiar; Prof. Adj. Dr. Julio C. Priario; Prof. Adj. Dr. Roberto Rubio; Prof. Adj. Dr. Juan A. Folle
Jefe del Servicio de Anestesiología:	Dr. Alfredo Pernin
Jefe del Depto. de Enfermería:	Nurse Dora Ibarburu
Enfermera Jefe de Centro Quirúrgico:	Srta. Mirtha Mut

Concurre habitualmente a las reuniones, el Director del Hospital Dr. Hugo Villar o el Asistente Sr. Aron Nowinski.

AÑO 1965*

COMISIÓN DIRECTIVA

Presidente:	Prof. Adj. Dr. Jorge DIGHIERO
Representante por el orden docente	Prof. Dr. José A. PIQUINELA
Representante por el orden docente	Prof. Adj. Dr. Juan J. POSEIRO
Representante por el orden profesional	Dr. Dante PETRUCCELLI
Representante por el orden estudiantil	Br. Juan Carlos CAPO
Representante de los funcionarios no docentes	Sr. Juan C. ARAÚJO

DIRECCIÓN

Director del Hospital	Dr. Hugo VILLAR
Asistente del Director	Sr. Aron NOWINSKI
Asistente del Director	Dr. Julio C. RIPA (1)

(1) A partir del 22 de octubre de 1965.

ASESORES DE DIRECCIÓN

Arquitecto	Carlos SURRACO
Ingeniero	Enrique RODRÍGUEZ MOLINARI

* Tomado del Informe Estadístico 1965, publicado en 1966.

JEFATURAS DE LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL

1. SERVICIOS CLÍNICOS

Clínica Médica "A"	Prof. Dr. Fernando HERRERA RAMOS
" Semiológica	Prof. Dr. Pablo PURRIEL
" Quirúrgica "A"	Prof. Dr. Abel CHIFFLET
" Quirúrgica "B"	Prof. Dr. José A. PIQUINELA
" Quirúrgica "F"	Prof. Dr. Héctor ARDAO
" Dermosifilopática	Prof. Dr. Aquiles R. AMORETTI
" Ginecotocológica	Prof. Dr. Juan J. CROTTOGINI
" Neurológica	Prof. Dr. Román ARANA IÑÍGUEZ
" Nutrición y Digestivo	Prof. Dr. C. MUÑOZ MONTEAVARO
Clínica Oftalmológica	Prof. Dr. Washington ÍSOLA
" Otorrinolaringológica	Prof. Dr. Héctor REBAGLIATTI
" Urológica	Prof. Dr. Frank HUGHES
Servicio de Anestesiología y Gasoterapia	Dr. Alfredo PERNIN
Depto. de Emergencia	Prof. Adj. Dr. Walter GARCÍA FONTES

2. SERVICIOS DE DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS ESPECIALES

Depto. de Radiología	Prof. Dr. Leandro ZUBIAURRE
Laboratorio Clínico	Dr. Washington ESCARÓN
Depto. de Anatomía Patológica	Prof. Dr. Pedro FERREIRA BERRUTTI
Servicio de Sangre y Plasma	Dr. Julio C. BELTRÁN
Depto. de Cardiología	Prof. Adj. Dr. Jorge DIGHIERO
Depto. de Física Médica y Rehabilitación	Prof. Dr. Álvaro FERRARI (1)
Servicio de Odontología	Dr. Juan C. SASSI (2)
Servicio de Fisiología Obstétrica	Prof. Dr. Roberto CALDEYRO BARCIA

(1) A partir del 10 de noviembre de 1965.
(2) A partir del 23 de setiembre de 1965.

3. SERVICIOS TÉCNICOS PARAMÉDICOS

Depto. de Admisión	Dra. Margot SOUZA de CARDEZA
Depto. de Historias Clínicas y Estadística Médica	Dra. Renée MINATTA
Depto. de Enfermería	Nurse Dora IBARBURU
" de Alimentación	Srta. Ma. Laura MARTÍNEZ VISCA
" de Servicio Social	A. S. Judith DELLEPIANE de RAMA
" de Farmacia	Dr. Otto GONZÁLEZ CORREA

4. SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

Sección Secretaría General	Srta. María FERNÁNDEZ PRESAS
Secretaría Cuerpo Médico	Srta. Eufrosina VALDÉS OLASCOAGA

Sección Personal	Srta. Raquel FERREIRA RAMOS
	Srta. Eloísa ROUTIN
	Sr. Roberto BLANCO
Sección Compras	Sr. Julio C. PAMPILLÓN
	Sr. José Ma. MORGADE
Sección Almacenes	Sr. Rogelio SIMONE
" Almacenes (Registro)	Sr. Américo BAZÁN
Taller de Imprenta	Sr. Hermenegildo RUEDA
Taller de Costurero	Sra. Nilda CAFFERA de FERRI
Depto. de Contaduría	Cr. Isaac MARGULIES
Sección Contabilidad	Cr. Rafael APARICIO
	Sr. Washington CORREA
	Sr. Walter BERNARDI
	Sra. Nelly LACAZE de VIGNONE
Sección Pagaduría y Recaudación	Sr. Carlos PONGIBOVE
Sector Mecanización	Sr. Waldemar FERNÁNDEZ
Sección Intendencia	Sra. Delia SALABERRY de ARGUDÍN
Sección Lavadero (Sec. Lavado)	Sr. Gerónimo MASNER
" Lavadero (Sec. Planchado)	Sra. Elvira TORRES de CASSANI
Sección Mantenimiento	
Mantenimiento de Instalaciones	Sr. Washington MÍGUEZ
Mantenimiento de Edificio	Sr. Eduardo LANGDON

CUERPO MÉDICO

Comité Ejecutivo

Presidente	Prof. Dr. Frank HUGHES
Vice Presidente	Dr. Carlos GÓMEZ HAEDO
Secretaria	Dra. Renée MINATTA
	Prof. Dr. Roberto CALDEYRO BARCIA
	Dr. Hernán ARTUCIO

COMITÉS

Actuaron durante el ejercicio 1965, los siguientes:

Comité de Auditoría:	Pte. Prof. Dr. Pedro Ferreira Berrutti; Prof. Dr. Héctor Ardao; Prof. Dr. C. Muñoz Monteavaro; Prof. Adj. Dr. Jorge Dighiero; Dr. José P. Cirillo.
Comité de Infecciones:	Pte. Dra. Mary Ramos de Orlando; Dr. Federico Latourrette; Dr. Juan J. Ravera.
Comité de Tejidos:	Pte. Dr. Juan Francisco Cassinelli; Dra. Margot Souza de Cardeza; Dr. Roberto Rubio; Dr. Valdo Gardiol; Dr. Eduardo Gortari.

Comité de Programación:	Pte.: Prof. Dr. Cándido Muñoz Monteavaro; Prof. Adj. Dr. Héctor Defféminis; Prof. Adj. Dr. Muzio Marella; Dr. Luis Campalans; Dr. Emilio Pérez Fernández.
Comité de Historias Clínicas:	Pte. Prof. Adj. Dr. Julio Viola; Dra. Renée Minatta; Dr. Eugenio Barthe; Dr. Javier Mendívil; Dr. Raúl Praderi.

COMITÉS ASESORES DE DIRECCIÓN

Comité de Terapéutica	Pte.: Prof. Dr. José Estable; Prof. Dr. Fernando Herrera Ramos; Dr. Adolfo Fabius; Dr. Luis Folle; Dr. Otto González Correa (miembro nato)
Comité de Centro Quirúrgico	
Miembros:	Prof. Dr. Frank Hughes; Prof. Dr. Ciro Jaumandreu; Dr. Alberto Aguiar; Prof. Adj. Dr. Julio C. Priario; Prof. Adj. Dr. Roberto Rubio; Prof. Adj. Dr. J. A. Folle
Jefe del Servicio de Anestesiología:	Dr. Alfredo Pernin
Jefe del Depto. de Enfermería:	Nurse Dora Ibarburu
Enfermera Jefe de Centro Quirúrgico:	Srta. Mirtha Mut

Concurre habitualmente a las reuniones, el Director del Hospital Dr. Hugo Villar o sus Asistentes Sr. Aron Nowinski y Dr. Julio C. Ripa.

AÑO 1966*

COMISIÓN DIRECTIVA

Presidente:	Prof. Adj. Dr. Jorge DIGHIERO
Representante por el orden docente	Prof. Dr. José A. PIQUINELA
Representante por el orden docente	Prof. Adj. Dr. Juan J. POSEIRO
Representante por el orden profesional	Dr. Dante PETRUCCELLI
Representante por el orden estudiantil	Br. Juan Carlos CAPO (1)
	Br. Jorge MARTÍNEZ LARBEROUZE (2)
Representante de los funcionarios no docentes	Sr. Juan Carlos ARAÚJO

(1) Hasta el 7 de junio de 1966.
(2) A partir del 7 de junio de 1966.

DIRECCIÓN

Director del Hospital	Dr. Hugo VILLAR
Asistente del Director	Sr. Aron NOWINSKI
Asistente del Director	Dr. Julio C. RIPA)

* Informe Estadístico del Hospital de Clínicas 1966, publicado en 1967.

ASESORES DE DIRECCIÓN

Arquitecto	Carlos SURRACO
Ingeniero	Enrique RODRÍGUEZ MOLINARI

JEFATURAS DE LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL

1. SERVICIOS CLÍNICOS

Clínica Médica "A"	Prof. Dr. Fernando HERRERA RAMOS
" Semiológica	Prof. Dr. Pablo PURRIEL
" Quirúrgica "A"	Prof. Dr. Abel CHIFFLET
" Quirúrgica "B"	Prof. Dr. José A. PIQUINELA
" Quirúrgica "F"	Prof. Dr. Héctor ARDAO
" Dermosifilopática	Prof. Dr. Aquiles R. AMORETTI
" Ginecotocológica	Prof. Dr. Juan J. CROTTOGINI
" Neurológica	Prof. Dr. Román ARANA IÑÍGUEZ
" Nutrición y Digestivo	Prof. Dr. Cándido MUÑOZ MONTEAVARO
Clínica Oftalmológica	Prof. Dr. Washington ÍSOLA
" Otorrinolaringológica	Prof. Dr. Héctor REBAGLIATTI
" Urológica	Prof. Dr. Frank HUGHES
Servicio de Anestesiología y Gasoterapia	Dr. Alfredo PERNIN
Depto. de Emergencia	Prof. Adj. Dr. Walter GARCÍA FONTES

2. SERVICIOS DE DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS ESPECIALES

Depto. de Radiología	Prof. Dr. Leandro ZUBIAURRE
Laboratorio Clínico	Dr. Washington ESCARÓN
Depto. de Anatomía Patológica	Prof. Dr. Pedro FERREIRA BERRUTTI
Servicio de Sangre y Plasma	Dr. Julio C. BELTRÁN
Depto. de Cardiología	Prof. Adj. Dr. Jorge DIGHIERO
Depto. de Física Médica y Rehabilitación	Prof. Dr. Álvaro FERRARI
Servicio de Odontología	Dr. Juan C. SASSI
Servicio de Fisiología Obstétrica	Prof. Dr. Roberto CALDEYRO BARCIA
Unidad de Diálisis	Dres. Dante PETRUCCELLI y Luis CAMPALANS

3. SERVICIOS TÉCNICOS PARAMÉDICOS

Depto. de Admisión	Dra. Margot SOUZA de CARDEZA
Depto. de Historias Clínicas y Estadística Médica	Dra. Renée MINATTA
Depto. de Enfermería	Nurse Dora IBARBURU
" de Alimentación	Dietista María Laura MARTÍNEZ VISCA
" de Servicio Social	A. S. Judith DELLEPIANE de RAMA
" de Farmacia	Dr. Otto GONZÁLEZ CORREA

4. SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

Sección Secretaría General	Srta. María FERNÁNDEZ PRESAS
Secretaría Cuerpo Médico	Srta. Eufrosina VALDÉS OLASCOAGA
Sección Personal	Srta. Raquel FERREIRA RAMOS
	Srta. Eloísa ROUTIN PEREIRA
	Sr. Roberto BLANCO
Sección Compras	Sr. Julio C. PAMPILLÓN
Sección Almacenes	Sr. Rogelio SIMONE
“ Almacenes (Registro)	Sr. Américo BAZÁN
Taller de Imprenta	Sr. Hermenegildo RUEDA
Taller de Costurero	Sra. Nilda CAFFERA de FERRI
Depto. de Contaduría	Cr. Isaac MARGULIES
Sección Contabilidad	Cr. Rafael APARICIO
	Sr. Washington CORREA
	Sr. Walter BERNARDI
	Sra. Nelly LACAZE de VIGNONE
Sección Pagaduría y Recaudación	Sr. Carlos PONGIBOVE
Sector Mecanización	Sr. Waldemar FERNÁNDEZ
Sección Intendencia	Sra. Delia SALABERRY de ARGUDÍN
Sección Lavadero (Sec. Lavado)	Sr. Gerónimo MASNER
Sección Lavadero (Sec. Planchado)	Sra. Elvira TORRES de CASSANI
Sección Mantenimiento de Instalaciones	Sr. Washington MÍGUEZ
Sección Mantenimiento de Edificio	Sr. Eduardo LANGDON

CUERPO MÉDICO

Comité Ejecutivo

Presidente	Prof. Dr. Frank HUGHES
Vice Presidente	Dra. Olga Muras
Secretaria	Dr. Hernán Artucio
	Dr. Adolfo Fabius
	Dr. Luis A. Praderi

COMITÉS

Actuaron durante el ejercicio 1966, los siguientes:

Comité de Auditoría: Pte. Prof. Dr. Pedro Ferreira Berrutti; Prof. Dr. C. Muñoz Monteavaro; Prof. Adj. Dra. María Delia Bottinelli; Prof. Adj.: Dr. Alberto Aguiar; Dr. José Pedro Cirillo.

Comité de Infecciones:	Pte. Dra. Mary Ramos de Orlando; Dr. Federico Latourrette; Dr. Tabaré Fischer.
Comité de Tejidos:	Pte. Dr. Juan Francisco Cassinelli; Dra. Margot Souza de Cardeza; Dr. Roberto Rubio; Dr. Eduardo Gortari, Dr. Jorge Negrotto.
Comité de Programación:	Pte.: Prof. Dr. C. Muñoz Monteavaro; Prof. Adj. Dr. Héctor Defféminis; Prof. Adj. Dr. Muzio Marella; Dr. Luis Campalans; Dr. Emilio Pérez Fernández.
Comité de Historias Clínicas:	Pte. Prof. Adj. Dr. Julio C. Viola; Dra. Renée Minatta; Dr. Javier Mendívil; Dr. Raúl Praderi; Dr. Luis Martino.

COMITÉS ASESORES DE DIRECCIÓN

Comité de Terapéutica	Pte.: Prof. Dr. José Estable; Prof. Dr. Fernando Herrera Ramos; Dr. Luis Folle; Dr. Adolfo Fabius, Dr. Otto González Correa
Comité de Centro Quirúrgico	
Miembros:	Dr. Hugo Villar; Dr. Julio C. Ripa; N. Dora Ibarburu; Prof. Dr. Héctor Ardao, Prof. Adj.: Dr. Alberto Aguiar; Prof. Adj. Dr. Julio C. Viola; Dr. Alfonso Santos Dubra; Prof. Adj. Dr. Juan J. Poseiro; Prof. Adj. Dr. Juan A. Folle; Prof. Adj. Dr. Jorge Ferrer; Prof. Adj. Dr. Luis A. Castillo; Prof. Adj. Dr. Jorge Dighiero; Dr. Alfredo Pernin, Nurse Gladys Morse de Verges y Nurse Mirtha Mut.
Comité de Oncología:	Prof. Dr. Juan J. Crottogini; Prof. Dr. Pedro Ferreira Berrutti; Prof. Adj. Dr. Helmut Kasdorf; Prof. Adj. Dr. Julio C. Priario; Dr. Pierre Gibert; Dr. Sergio Faravelli.

AÑO 1968*

COMISIÓN DIRECTIVA

Presidente:	Prof. Adj. Dr. Jorge DIGHIERO
Representante por el orden docente	Prof. Dr. José A. PIQUINELA
Representante por el orden docente	Prof. Adj. Dr. Juan J. POSEIRO
Representante por el orden profesional	Dr. Dante PETRUCCELLI
Representante por el orden estudiantil	Br. Nelson ALBERTONI
Representante de los funcionarios no docentes	Sr. Juan Carlos ARAÚJO

DIRECCIÓN

Director del Hospital	Dr. Hugo VILLAR
Asistente del Director	Sr. Aron NOWINSKI
Asistente del Director	Dr. Julio C. RIPA)

* Informe Estadístico del Hospital de Clínicas 1968, publicado en 1969.

ASESORES DE DIRECCIÓN

Arquitecto	Carlos SURRACO
Ingeniero	Enrique RODRÍGUEZ MOLINARI

JEFATURAS DE LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL

1. SERVICIOS CLÍNICOS

Clínica Médica "A"	Prof. Dr. Manlio FERRARI
" Semiológica	Prof. Dr. Pablo PURRIEL
" Quirúrgica "A"	Prof. Dr. Abel CHIFFLET
" Quirúrgica "B"	Prof. Dr. José A. PIQUINELA
" Quirúrgica "F"	Prof. Dr. Héctor ARDAO
" Dermosifilopática	Prof. Dr. Aquiles R. AMORETTI
" Endocrinológica	Prof. Dr. Alfredo NAVARRO (1)
" Ginecotocológica	Prof. Dr. Juan J. CROTTOGINI
" Neurológica	Prof. Dr. Román ARANA IÑÍGUEZ
" Nutrición y Digestivo	Prof. Dr. C. MUÑOZ MONTEAVARO
Clínica Oftalmológica	Prof. Dr. Washington ÍSOLA (2)
	Prof. Dr. Raúl RODRÍGUEZ BARRIOS (3)
" Otorrinolaringológica	Prof. Dr. Héctor REBAGLIATTI (4)
	Prof. Dr. Luis A. CASTILLO (5)
" Urológica	Prof. Dr. Frank HUGHES (6)
	Prof. Dr. Juan C. LORENZO (7)
Servicio de Anestesiología y Gasoterapia	Dr. Alfredo PERNIN
Depto. de Emergencia	Prof. Adj. Dr. Walter GARCÍA FONTES

(1) La Clínica se trasladó al Hospital de Clínicas el 26 de marzo de 1968.
(2) Hasta el 15 de junio de 1968.
(3) Desde el 25 de junio de 1968.
(4) Hasta el 10 de junio de 1968.
(5) Desde el 11 de junio de 1968.
(6) Hasta el 16 de octubre de 1968.
(7) Interino, desde el 4 de noviembre de 1968.

2. SERVICIOS DE DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS ESPECIALES

Depto. de Radiología	Prof. Dr. Leandro ZUBIAURRE
Laboratorio Clínico	Dr. Washington ESCARÓN (1)
Depto. de Anatomía Patológica	Prof. Dr. Alberto L. MATTEO (2)
Servicio de Sangre y Plasma	Dr. Julio C. BELTRÁN
Depto. de Cardiología	Prof. Adj. Dr. Jorge DIGHIERO
Depto. de Física Médica y Rehabilitación	Prof. Dr. Álvaro FERRARI
Servicio de Odontología	Dr. Juan C. SASSI

Unidad de Diálisis	Dres. Dante PETRUCCELLI y Luis CAMPALANS

(1) Hasta el 30 de junio de 1968.
(2) Desde el 1º de junio de 1968.

3. SERVICIOS TÉCNICOS PARAMÉDICOS

Depto. de Admisión	Dra. Margot SOUZA de CARDEZA
Depto. de Historias Clínicas y Estadística Médica	Dra. Renée MINATTA
Depto. de Enfermería	Nurse Dora IBARBURU
" de Alimentación	Dietista María Laura MARTÍNEZ VISCA
" de Servicio Social	A. S. Judith DELLEPIANE de RAMA
" de Farmacia	Dr. Otto GONZÁLEZ CORREA

4. SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

Sección Secretaría General	Srta. María FERNÁNDEZ PRESAS
Secretaría Cuerpo Médico	Srta. Eufrosina VALDÉS OLASCOAGA
Sección Personal	Srta. Raquel FERREIRA RAMOS
	Srta. Eloísa ROUTIN PEREIRA
	Sr. Roberto BLANCO
Sección Compras	Sr. Julio C. PAMPILLÓN
Sección Almacenes	Sr. Rogelio SIMONE
" Almacenes (Registro)	Sr. Américo BAZÁN
Taller de Imprenta	Sr. Hermenegildo RUEDA
Taller de Costurero	Sra. Nilda CAFFERA de FERRI
Depto. de Contaduría	Cr. Isaac MARGULIES
Sección Contabilidad	Cr. Rafael APARICIO
	Sr. Washington CORREA
	Sr. Walter BERNARDI
	Sra. Nelly LACAZE de VIGNONE
Sección Pagaduría y Recaudación	Sr. Carlos PONGIBOVE
Sector Mecanización	Sr. Waldemar FERNÁNDEZ
Sección Intendencia	Sra. Delia SALABERRY de ARGUDÍN
	Sr. Eduardo Langdon (1)
Sección Lavadero (Sec. Lavado)	Sr. Gerónimo MASNER
" Lavadero (Sec. Planchado)	Sra. Elvira TORRES de CASSANI
Sección Mantenimiento de Instalaciones	Sr. Washington MÍGUEZ

(1) Desde el 22 de abril de 1968

CUERPO MÉDICO

Comité Ejecutivo

Presidente	Prof. Dr. Héctor ARDAO
Vice Presidente	Prof. Adj. Dr. Roberto RUBIO
Secretaria	Dr. Aníbal SANJINÉS
	Prof. Adj. Dr. Fernando MUXÍ
	Dr. Dante TOMALINO

COMITÉS

Actuaron durante el ejercicio 1968, los siguientes:

Comité de Auditoría:	Pte. Prof. Dr. Alberto L. Matteo; Dr. Luis Campalans; Dr. Emilio Pérez Fernández; Prof. Adj. Dr. Luis Praderi; Prof. Adj. Dr. Julio C. Viola.
Comité de Infecciones:	Pte. Dra. Mary Ramos de Orlando; Dr. Narciso Olarreaga; Dr. Julio Fregeiro.
Comité de Tejidos:	Pte. Prof. Adj. Dr. Alberto Aguiar; Dr. Walter Meerhoff; Dr. Luis Martino.
Comité de Historias Clínicas:	Pte. Dra. Renée Minatta; Dr. José L. Filgueira; Prof. Adj. Dr. Julio C. Viola; Dr. Washington Liard; Prof. Adj. Dr. José Scherschener.
Comité Científico:	Pte. Prof. Dr. Juan J. Crottogini; Prof. Dr. Carlos Sanguinetti; Prof. Dr. Luis A. Castillo; Prof. Adj. Dr. Héctor Defféminis; Dr. Dante Petruccelli.
Comité de Programación:	Pte.: Prof. Dr. Alfredo Navarro; Prof. Adj. Dr. Walter García Fontes; Dr. Pablo Matteucci; Dr. Carlos Alberto Torres de la Llosa; Dr. Santos Dubra.
Comité de Credenciales:	Pte. Prof. Dr. Román Araña Iñíguez; Prof. Dr. Manlio Ferrari; Prof. Cándido Muñoz Monteavaro; Dra. Renée Minatta; Dr. José P. Cirillo.

COMITÉS ASESORES DE DIRECCIÓN

Comité de Terapéutica	Pte.: Dr. Manuel Albo; Prof. Adj. Dr. Jorge Bouton; Dr. Otto González Correa; Prof. Adj. Dr. Kempis Vidal; Prof. Dr. Álvaro Ferrari.
Comité de Centro Quirúrgico	Prof. Dr. Héctor Ardao; Prof. Adj. Dr. Alberto Aguiar; Dr. Alfonso Santos Dubra; Prof. Adj. Dr. Juan J. Poseiro; Prof. Adj. Dr. Juan A. Folle; Prof. Adj. Dr. Jorge Ferrer; Prof. Dr. Frank Hughes; Prof. Dr. Luis A. Castillo; Prof. Adj. Dr. Jorge Dighiero; Dr. Alfredo Pernin; Nurses Dora Ibarburu, Gladys Morse de Verges y Mirtha Mut.
Comité de Oncología:	Prof. Dr. Juan J. Crottogini; Prof. Adj. Dr. Helmut Kasdorf; Prof. Adj. Dr. Julio C. Priario; Dr. Pierre Gibert; Dr. Sergio Faravelli.

El Director del Hospital y Directores Asistentes son miembros natos de todos los Comités.

AÑO 1969*

COMISIÓN DIRECTIVA

Presidente:	Prof. Dr. Luis A. CASTILLO
Representante por el orden docente	Prof. Dr. Cándido MUÑOZ MONTEAVARO
Representante por el orden docente	Prof. Adj. Dr. Carlos MENDILAHARSU
Representante por el orden profesional	Dr. Mario PAREJA PIÑEYRO
Representante por el orden estudiantil	Br. Nelson ALBERTONI
Representante de los funcionarios no docentes	E. U. Jorge VÁZQUEZ

DIRECCIÓN

Director del Hospital	Dr. Hugo VILLAR
Asistente del Director	Sr. Aron NOWINSKI
Asistente del Director	Dr. Julio C. RIPA)

ASESORES DE DIRECCIÓN

Arquitecto	Carlos SURRACO
Ingeniero	Enrique RODRÍGUEZ MOLINARI

JEFATURAS DE LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL

1. SERVICIOS CLÍNICOS

Clínica Médica "A"	Prof. Dr. Manlio FERRARI
" Semiológica	Prof. Dr. Pablo PURRIEL
" Quirúrgica "A"	Prof. Dr. Héctor ARDAO (1)
" Quirúrgica "B"	Prof. Dr. José A. PIQUINELA
" Quirúrgica "F"	Prof. Dr. Oscar BERMÚDEZ (2)
" Quirúrgica "1"	Prof. Dr. Walter SUIFFET (3)
" Dermosifilopática	Prof. Dr. Raúl VIGNALE (4)
" Endocrinológica	Prof. Dr. Alfredo NAVARRO
" Ginecotocológica	Prof. Dr. Juan J. CROTTOGINI
" Neurológica	Prof. Dr. Román ARANA IÑÍGUEZ
" Nutrición y Digestivo	Prof. Dr. C. MUÑOZ MONTEAVARO
Clínica Oftalmológica	Prof. Dr. Raúl RODRÍGUEZ BARRIOS
" Otorrinolaringológica	Prof. Dr. Luis A. CASTILLO
" Urológica	Prof. Dr. Jorge LOCKHART (5)
Depto. de Emergencia	Prof. Adj. Dr. Walter GARCÍA FONTES

(1) Desde el 29 de mayo de 1969.
(2) Desde el 29 de mayo de 1969.
(3) La Clínica se trasladó provisoriamente al Hospital de Clínicas el 20 de octubre de 1969.

* Informe Estadístico del Hospital de Clínicas 1969, publicado en 1970.

(4) Desde el 1º de octubre de 1969.
(5) Desde el 1º de setiembre de 1969.

2. SERVICIOS DE DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS ESPECIALES

Depto. de Radiología	Prof. Dr. Leandro ZUBIAURRE
Laboratorio Clínico	Prof. Dr. J. R. LÓPEZ FERNÁNDEZ
Depto. de Anatomía Patológica	Prof. Dr. Alberto L. MATTEO
Servicio de Sangre y Plasma	Dr. Julio C. BELTRÁN
Depto. de Cardiología	Prof. Adj. Dr. Jorge DIGHIERO
Depto. de Física Médica y Rehabilitación	Prof. Dr. Álvaro FERRARI
Servicio de Odontología	Dr. Juan Carlos SASSI
Servicio de Anestesiología y Gasoterapia	Dr. Alfredo PERNIN
Unidad de Diálisis	Dres. Dante PETRUCCELLI y Luis CAMPALANS

2. SERVICIOS TÉCNICOS PARAMÉDICOS

Depto. de Admisión	Dra. Margot SOUZA de CARDEZA
Depto. de Historias Clínicas y Estadística Médica	Dra. Renée MINATTA
Depto. de Enfermería	Nurse Dora IBARBURU
“ de Alimentación	Dietista María Laura MARTÍNEZ VISCA
“ de Servicio Social	A. S. Judith DELLEPIANE de RAMA
“ de Farmacia	Dr. Otto GONZÁLEZ CORREA

3. SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

Sección Secretaría General	Srta. María FERNÁNDEZ PRESAS
Secretaría Cuerpo Médico	Srta. Eufrosina VALDÉS OLASCOAGA
Sección Personal	Srta. Raquel FERREIRA RAMOS
	Srta. Eloísa ROUTIN PEREIRA
	Sr. Roberto BLANCO
Sección Compras	Sr. Julio C. PAMPILLÓN
Sección Almacenes	Sr. Rogelio SIMONE
“ Almacenes (Registro)	Sr. Américo BAZÁN
Taller de Imprenta	Sr. Hermenegildo RUEDA
Taller de Costurero	Sra. Nilda CAFFERA de FERRI
Depto. de Contaduría	Cr. Isaac MARGULIES
Sección Contabilidad	Cr. Rafael APARICIO
	Sr. Washington CORREA
	Sr. Walter BERNARDI
	Sra. Nelly LACAZE de VIGNONE
Sección Pagaduría y Recaudación	Sr. Carlos PONGIBOVE (1)
Sector Mecanización	Sr. Waldemar FERNÁNDEZ

Sección Intendencia	Sra. Delia SALABERRY de ARGUDÍN
	Sr. Eduardo LANGDON
Sección Lavadero (Sec. Lavado)	Sr. Gerónimo MASNER
" Lavadero (Sec. Planchado)	Sra. Elvira TORRES de CASSANI
Sección Mantenimiento de Instalaciones	Sr. Washington MÍGUEZ

(1) Hasta el 30 de marzo de 1969.

CUERPO MÉDICO

Comité Ejecutivo

Presidente	Prof. Dr. Luis A. CASTILLO (1)
Vice Presidente	Dr. Dante TOMALINO
Secretaria	Prof. Adj. Dr. Fernando MUXÍ
	Prof. Adj. Dr. Alberto AGUIAR
	Dr. Aníbal SANJINÉS

(1) Hasta que pasó a ejercer la presidencia de la Comisión Directiva.

COMITÉS

Actuaron durante el ejercicio 1969, los siguientes:

Comité de Auditoría:	Pte. Prof. Dr. Alberto L. Matteo; Sra. Dra. Olga Muras; Prof. Adj. Dr. Julio Viola; Prof. Adj. Dr. Jorge Negrotto; Dr. Nelson Varela.
Comité de Infecciones:	Pte. Dr. Javier Mendívil; Dra. Mary Ramos de Orlando; Dra. Selene Pazos.
Comité de Tejidos:	Pte. Dr. Walter Meerhoff; Dr. Milton Mazza; Prof. Adj. Dr. José Scherschener.
Comité de Historias Clínicas:	Pte. Dra. Renée Minatta; Dra. Esther Casella de Villaboa; Dr. Javier Mendívil; Dr. Norberto Pérez; Dr. Carlos Mescia.
Comité Científico:	Pte. Prof. Carlos Sanguinetti; Prof. Adj. Dr. Juan Fco. Tost; Prof. Adj. Dr. Héctor Defféminis; Prof. Adj. Dr. Roberto Rubio; Dr. Dante Petruccelli.
Comité de Programación:	Pte.: Prof. Dr. Alfredo Navarro; Srio.: Dr. Pablo Matteucci; Dr. Fernando Oreggia; Dr. Helmut Kasdorf; Dr. Juan Medoc.
Comité de Credenciales:	Pte. Prof. Dr. Román Araña Iñíguez; Prof. Dr. Héctor Ardao, Prof. Dr. Cándido Muñoz Monteavaro; Dra. Renée Minatta; Dr. José P. Cirillo.

COMITÉS ASESORES DE DIRECCIÓN

Comité de Terapéutica	Pte.: Dr. Otto González Correa; Dr. Gonzalo Lapido; Prof. Adj. Dra. Ma. Delia Bottinelli; Dr. Nelson Varela.
Comité de Centro Quirúrgico	Prof. Dr. Héctor Ardao; Prof. Dr. Oscar Bermúdez; Prof. Adj. Dr. Julio Priario; Dr. Mario Olazábal; Prof. Adj. Dr. Jorge Rodríguez Juanotena; Prof. Adj. Dr. Andrés Braun; Prof. Adj. Dr. Julio C. Viola; Dr. Fernando Oreggia; Prof. Adj. Dr. Jorge Dighiero; Dr. Alfredo Pernin; Prof. Adj. Dr. W. García Fontes; Nurses: Dora Ibarburu, Ma. Angélica Acerenza y Mirtha Mut.

El Director del Hospital y Directores Asistentes son miembros natos de todos los Comités.

AÑO 1970*

COMISIÓN DIRECTIVA

Presidente:	Prof. Dr. Luis A. CASTILLO
Representante por el orden docente	Prof. Dr. Raúl VIGNALE
Representante por el orden docente	Prof. Adj. Dr. Carlos MENDILAHARSU
Representante por el orden profesional	Dr. Mario PAREJA PIÑEYRO
Representante por el orden estudiantil	Br. Julia MARTINO
Representante de los funcionarios no docentes	Sra. Susana PLÁ de COSTAS

DIRECCIÓN

Director del Hospital	Dr. Hugo VILLAR
Asistente del Director	Sr. Aron NOWINSKI
Asistente del Director	Dr. Julio C. RIPA

ASESORES DE DIRECCIÓN

Arquitecto	Carlos SURRACO
Ingeniero	Enrique RODRÍGUEZ MOLINARI

JEFATURAS DE LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL

1. SERVICIOS CLÍNICOS

Clínica Médica “A”	Prof. Dr. Manlio FERRARI
“ Semiológica	Prof. Dr. Pablo PURRIEL
“ Quirúrgica “A”	Prof. Dr. Héctor ARDAO
“ Quirúrgica “B”	Prof. Dr. José A. PIQUINELA
“ Quirúrgica “F”	Prof. Dr. Oscar BERMÚDEZ
“ Quirúrgica “1”	Prof. Dr. Walter SUIFFET (1)
“ Dermosifilopática	Prof. Dr. Raúl VIGNALE
“ Endocrinológica	Prof. Dr. Alfredo NAVARRO

* Informe Estadístico del Hospital de Clínicas 1970, publicado en 1971.

" Ginecotocológica	Prof. Dr. Juan J. CROTTOGINI
" Neurológica	Prof. Dr. Román ARANA IÑÍGUEZ
" Nutrición y Digestivo	Prof. Dr. Cándido MUÑOZ MONTEAVARO
Clínica Oftalmológica	Prof. Dr. Raúl RODRÍGUEZ BARRIOS
" Otorrinolaringológica	Prof. Dr. Luis A. CASTILLO
" Urológica	Prof. Dr. Jorge LOCKHART
Depto. de Emergencia	Prof. Adj. Dr. Walter GARCÍA FONTES

(1) La Clínica volvió al H. Pasteur el 9 de agosto de 1970.

2. SERVICIOS DE DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS ESPECIALES

Depto. de Radiología	Prof. Dr. Leandro ZUBIAURRE
Laboratorio Clínico	Prof. Dr. J. R. LÓPEZ FERNÁNDEZ
Depto. de Anatomía Patológica	Prof. Dr. Alberto L. MATTEO
Servicio de Sangre y Plasma	Dr. Julio C. BELTRÁN
Depto. de Cardiología	Prof. Adj. Dr. Jorge DIGHIERO
Depto. de Física Médica y Rehabilitación	Prof. Dr. Álvaro FERRARI
Servicio de Odontología	Dr. Juan Carlos SASSI
Servicio de Anestesiología y Gasoterapia	Dr. Alfredo PERNIN
Unidad de Diálisis	Dres. Dante PETRUCCELLI y Luis CAMPALANS

3. SERVICIOS TÉCNICOS PARAMÉDICOS

Depto. de Admisión	Dra. Margot SOUZA de CARDEZA
Depto. de Historias Clínicas y Estadística Médica	Dra. Renée MINATTA
Depto. de Enfermería	Nurse Dora IBARBURU
" de Alimentación	Dietista María Laura MARTÍNEZ VISCA
	Dietista Elfrides GIANELLO [1]
" de Servicio Social	A. S. Judith DELLEPIANE de RAMA
" de Farmacia	Dr. Otto GONZÁLEZ CORREA

4. SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

Sección Secretaría General	Srta. María FERNÁNDEZ PRESAS
Secretaría Cuerpo Médico	Srta. Eufrosina VALDÉS OLASCOAGA
Sección Personal	Srta. Raquel FERREIRA RAMOS
	Srta. Eloísa ROUTIN PEREIRA
	Sr. Roberto BLANCO
Sección Compras	Sr. Julio C. PAMPILLÓN
Sección Almacenes	Sr. Rogelio SIMONE
" Almacenes (Registro)	Sr. Américo BAZÁN
Taller de Imprenta	Sr. Hermenegildo RUEDA

Taller de Costurero	Sra. Nilda CAFFERA de FERRI
Depto. de Contaduría	Cr. Isaac MARGULIES
Sección Contabilidad	Cr. Rafael APARICIO
	Sr. Washington CORREA
	Sr. Walter BERNARDI
	Sra. Nelly LACAZE de VIGNONE
Sector Mecanización	Sr. Waldemar FERNÁNDEZ
Sección Intendencia	Sra. Delia SALABERRY de ARGUDÍN
	Sr. Eduardo LANGDON
Sección Lavadero (Sector Lavado)	Sr. Gerónimo MASNER
Sección Mantenimiento de Instalaciones	Sr. Washington MÍGUEZ

(1) Desde el 1º de octubre de 1970.

CUERPO MÉDICO

Comité Ejecutivo

Presidente	Prof. Dr. Oscar BERMÚDEZ
Vice Presidente	Prof. Adj. Dr. José SCHERSCHENER
Secretaria	Dr. Mario OLAZÁBAL
	Prof. Adj. Dr. Lorenzo MÉROLA
	Prof. Adj. Dr. Alberto AGUIAR

COMITÉS

Actuaron durante el ejercicio 1970, los siguientes:

Comité de Auditoría:	Pte. Prof. Dr. Alberto L. Matteo; Dra. Olga Muras; Prof. Adj. Dr. Roberto Rubio; Prof. Adj. Dr. Jorge Negrotto; Prof. Adj. Dr. Pedro Hounié.
Comité de Infecciones:	Pte. Dr. Juan Soto; Dra. Mary Ramos de Orlando; Dra. Beatriz Vila.
Comité de Tejidos:	Pte. Dra. Margot Souza de Cardeza; Dr. Walter Meerhoff; Dr. Manuel Albo.
Comité de Historias Clínicas:	Pte. Dra. Renée Minatta; Dr. Ruben Gary; Dr. José Ventura; Dr. Miguel Fierro.
Comité de Programación:	Pte.: Prof. Adj. Dr. Jorge Dighiero; Dr. Pablo Matteucci; Dr. Juan Medoc; Prof. Adj. Dr. Helmut Kasdorf; Dr. Fernando Oreggia.

COMITÉS ASESORES DE DIRECCIÓN

Comité de Terapéutica	Pte.: Dr. Otto González Correa; Dr. Nelson Varela; Prof. Adj. Dra. María D. Bottinelli; Prof. Adj. Dr. Gonzalo Lapido.

Comité de Centro Quirúrgico	Prof. Dr. Héctor Ardao; Prof. Dr. Oscar Bermúdez; Prof. Adj. Dr. Julio Priario; Dr. Mario Olazábal; Prof. Adj. Dr. Jorge Rodríguez Juanotena; Prof. Adj. Dr. Andrés Braun; Prof. Adj. Dr. Julio C. Viola; Dr. Fernando Oreggia; Prof. Adj. Dr. Jorge Dighiero; Dr. Alfredo Pernin; Prof. Adj. Dr. W. García Fontes; Nurses: Dora Ibarburu, Ma. Angélica Acerenza y Gladys Morse de Verges.

El Director del Hospital y Directores Asistentes son miembros natos de todos los Comités.

AÑO 1971*

COMISIÓN DIRECTIVA

Presidente:	Prof. Dr. Luis A. CASTILLO
Representante por el orden docente	Prof. Dr. Raúl VIGNALE
Representante por el orden docente	Prof. Adj. Dr. Carlos MENDILAHARSU
Representante por el orden profesional	Dr. Mario PAREJA PIÑEYRO
Representante por el orden estudiantil	Br. Julia MARTINO
Representante de los funcionarios no docentes	Sra. Susana PLÁ de COSTAS

DIRECCIÓN

Director del Hospital	Dr. Hugo VILLAR
Asistente del Director	Sr. Aron NOWINSKI
Asistente del Director	Dr. Julio C. RIPA

ASESORES DE DIRECCIÓN

Arquitecto	Carlos SURRACO
Ingeniero	Enrique RODRÍGUEZ MOLINARI

JEFATURAS DE LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL

1. SERVICIOS CLÍNICOS

Clínica Médica "A"	Prof. Dr. Manlio FERRARI
" Semiológica	Prof. Dr. Jorge BOUTÓN (1)
" Quirúrgica "A"	Prof. Dr. Héctor ARDAO
" Quirúrgica "B"	Prof. Dr. José A. PIQUINELA (2)
	Prof. Dr. Jorge PRADINES (3)
" Quirúrgica "F"	Prof. Dr. Oscar BERMÚDEZ (4)
	Prof. Dr. Roberto RUBIO (5)
" Dermosifilopática	Prof. Dr. Raúl VIGNALE
" Endocrinológica	Prof. Dr. Alfredo NAVARRO
" Ginecotocológica	Prof. Dr. Juan J. CROTTOGINI
" Neurológica	Prof. Dr. Román ARANA IÑIGUEZ

* Tomado del Informe Estadístico 1971, publicado en 1972.

" Nutrición y Digestivo	Prof. Dr. C. MUÑOZ MONTEAVARO
Clínica Oftalmológica	Prof. Dr. Raúl RODRÍGUEZ BARRIOS
" Otorrinolaringológica	Prof. Dr. Luis A. CASTILLO
" Urológica	Prof. Dr. Jorge LOCKHART
Depto. de Emergencia	Prof. Adj. Dr. Walter GARCÍA FONTES (6)
	Prof. Adj. Dr. José P. CIRILLO (7)

(1) Desde el 26 de marzo de 1971.
(2) Hasta el 2 de mayo de 1971.
(3) Desde el 1º de junio de 1971.
(4) Hasta el 31 de julio de 1971.
(5) Desde el 1º de agosto de 1971.
(6) Hasta el 9 de febrero de 1971.
(7) Desde el 1º de abril de 1971.

2. SERVICIOS DE DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS ESPECIALES

Depto. de Radiología	Prof. Dr. Leandro ZUBIAURRE
Laboratorio Clínico	Prof. Dr. J. R. LÓPEZ FERNÁNDEZ
Depto. de Anatomía Patológica	Prof. Dr. Alberto L. MATTEO
Servicio de Sangre y Plasma	Dr. Julio C. BELTRÁN
Depto. de Cardiología	Prof. Adj. Dr. Jorge DIGHIERO
Depto. de Física Médica y Rehabilitación	Prof. Dr. Álvaro FERRARI
Servicio de Odontología	Dr. Juan Carlos SASSI
Servicio de Anestesiología y Gasoterapia	Dr. Alfredo PERNIN
Unidad de Diálisis	Dres. Dante PETRUCCELLI y Luis CAMPALANS

3. SERVICIOS TÉCNICOS PARAMÉDICOS

Depto. de Admisión	Dra. Margot SOUZA de CARDEZA
Depto. de Historias Clínicas y Estadística Médica	Dra. Renée MINATTA
Depto. de Enfermería	Nurse Dora IBARBURU
" de Alimentación	Dietista Elfrides GIANELLO
" de Servicio Social	A. S. Judith DELLEPIANE de RAMA
" de Farmacia	Dr. Otto GONZÁLEZ CORREA

4. SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

Sección Secretaría General	Srta. María FERNÁNDEZ PRESAS
Secretaría Cuerpo Médico	Srta. Eufrosina VALDÉS OLASCOAGA
Sección Personal	Srta. Raquel FERREIRA RAMOS
	Srta. Eloísa ROUTIN PEREIRA
	Sr. Roberto BLANCO
Sección Compras	Sr. Julio C. PAMPILLÓN
Sección Almacenes	Sr. Américo BAZÁN

Taller de Imprenta	Sr. Hermenegildo RUEDA
Taller de Costura	Sra. Nilda CAFFERA de FERRI
Depto. de Contaduría	Cr. Isaac MARGULIES
	Cr. Rafael APARICIO
	Sr. Washington CORREA
	Sr. Walter BERNARDI
	Sra. Nelly LACAZE de VIGNONE
Sector Mecanización	Sr. Waldemar FERNÁNDEZ
Sección Intendencia	Sr. Eduardo LANGDON
Sección Lavadero (Sector Lavado)	Sr. Gerónimo MASNER

CUERPO MÉDICO

Comité Ejecutivo

Presidente	Prof. Dr. Jorge LOCKHART
Vice Presidente	Prof. Adj. Dr. Lorenzo MÉROLA
Secretaria	Prof. Adj. Dr. J. R. LÓPEZ FERNÁNDEZ
	Dr. Mario OLAZÁBAL
	Prof. Adj. Dr. José SCHERSCHENER

COMITÉS

Actuaron durante el ejercicio 1971, los siguientes:

Comité de Auditoría:	Prof. Dr. Alberto L. Matteo; Prof. Dr. Roberto Rubio; Prof. Adj. Dr. Pedro Hounié; Prof. Adj. Dr. Fernando Muxí; Prof. Adj. Dra. María Delia Bottinelli.
Comité de Infecciones:	Dr. Pablo Matteucci; Dra. Mary Ramos de Orlando; Dr. Ary Tejedor.
Comité de Tejidos:	Dra. Margot Souza de Cardeza; Dr. Walter Meerhoff; Dr. Valdo Gardiol.
Comité de Historias Clínicas:	Dra. Renée Minatta; Prof. Adj. Dr. Juan J. Poseiro; Prof. Adj. Dra. Olga Vázquez de Negrotto; Dr. Narciso Olarreaga; Dr. Roberto Grezzi.
Comité de Programación:	Prof. Adj. Dr. Julio Viola; Prof. Adj. Dr. Helmut Kasdorf; Prof. Adj. Dr. Dante Tomalino; Dra. Julia Salsamendi; Dr. Nelson Reisenweber.
Comité Científico:	Prof. Adj. Dr. Jorge Dighiero; Prof. Adj. Dr. Raúl Praderi; Prof. Adj. Dr. Héctor Defféminis; Prof. Adj. Dr. Serafín Pose; Dr. Dante Petruccelli.
Comité de Internado y Residencia:	Prof. Adj. Dr. Héctor Schenone; Dr. Milton Portos; Dr. José L. Filgueira.

COMITÉS ASESORES DE DIRECCIÓN

Comité de Terapéutica	Prof. Dr. Kempis Vidal Beretervide; Prof. Adj. Dr. Julio C. Priario; Prof. Adj. Dr. Jorge Negrotto; Dra. Olga Muras; Dr. Otto González Correa.
Comité de Centro Quirúrgico	Prof. Dr. Héctor Ardao; Prof. Dr. Roberto Rubio; Prof. Dr. Jorge Pradines Prof. Adj. Dr. Juan J. Poseiro; Prof. Adj. Dr. Jorge Rodríguez Juanotena; Prof. Dr. Julio C. Viola; Dr. Fernando Oreggia; Prof. Adj. Dr. Jorge Dighiero; Dr. Alfredo Pernin; Prof. Adj. Dr. José P. Cirillo; Nurses: Dora Ibarburu, Lilian Juan de Farall y Gladys Morse de Verges.

El Director del Hospital y Directores Asistentes son miembros natos de todos los Comités.

AÑO 1972*

COMISIÓN DIRECTIVA

Presidente:	Prof. Dr. Luis A. CASTILLO
Representante por el orden docente	Prof. Dr. Raúl VIGNALE
Representante por el orden docente	Prof. Adj. Dr. Carlos MENDILAHARSU
Representante por el orden profesional	Dr. Federico ACOSTA y LARA
Representante por el orden estudiantil	Br. Julia MARTINO
Representante de los funcionarios no docentes	Sr. Miguel LLADÓ

DIRECCIÓN

Director del Hospital	Dr. Hugo VILLAR
Asistente del Director	Sr. Aron NOWINSKI
Asistente del Director	Dr. Julio C. RIPA

ASESORES DE DIRECCIÓN

Arquitecto	Carlos SURRACO
Ingeniero	Enrique RODRÍGUEZ MOLINARI

JEFATURAS DE LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL

1. SERVICIOS CLÍNICOS

Clínica Médica “A”	Prof. Dr. Manlio FERRARI
“ Semiológica	Prof. Dr. Jorge BOUTON
“ Quirúrgica “A”	Prof. Dr. Héctor ARDAO [1]
“ Quirúrgica “B”	Prof. Dr. Jorge PRADINES
“ Quirúrgica “F”	Prof. Dr. Roberto RUBIO
“ Dermosifilopática	Prof. Dr. Raúl VIGNALE
“ Endocrinológica	Prof. Dr. Alfredo NAVARRO

* Informe Estadístico del Hospital de Clínicas1972, publicado en 1973.

" Ginecotocológica	Prof. Dr. Juan J. CROTTOGINI
" Neurológica	Prof. Dr. R. ARANA IÑÍGUEZ
" Nutrición y Digestivo	Prof. Dr. C. MUÑOZ MONTEAVARO
Clínica Oftalmológica	Prof. Dr. R. RODRÍGUEZ BARRIOS
" Otorrinolaringológica	Prof. Dr. Luis A. CASTILLO
" Urológica	Prof. Dr. Jorge LOCKHART
Depto. de Emergencia	Prof. Adj. Dr. José P. CIRILLO

(1) Hasta el 9 de agosto de 1972.

2. SERVICIOS DE DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS ESPECIALES:

Depto. de Radiología	Prof. Dr. Leandro ZUBIAURRE
Depto. de Laboratorio Clínico	Prof. Adj. Dr. J. R. LÓPEZ FERNÁNDEZ
Depto. de Anatomía Patológica	Prof. Dr. Alberto L. MATTEO
Depto. de Hemoterapia	Dr. Julio C. BELTRÁN [1]
	Dr. Víctor VILA [2]
Depto. de Cardiología	Prof. Adj. Dr. Jorge DIGHIERO
Depto. de Medicina Física y Rehabilitación	Prof. Dr. Álvaro FERRARI
Depto. de Odontología	Prof. Dr. Juan Carlos SASSI
Depto. de Anestesiología y Gasoterapia	Dr. Alfredo PERNIN
Unidad de Diálisis	Dres. Dante PETRUCCELLI y Luis CAMPALANS

(1) Hasta el 12 de abril de 1972.
(2) Desde el 1º de mayo de 1972.

3. SERVICIOS TÉCNICOS PARAMÉDICOS

Depto. de Admisión	Dra. Margot SOUZA de CARDEZA
Depto. de Historias Clínicas y Estadística Médica	Dra. Renée MINATTA [1]
Depto. de Enfermería	Nurse Dora IBARBURU
" de Alimentación	Dietista Elfrides GIANELLO
" de Servicio Social	A. S. Judith DELLEPIANE de RAMA [2]
" de Farmacia	Dr. Otto GONZÁLEZ CORREA

(1) Hasta el 12 de abril de 1972.
(2) Hasta el 28 de febrero de 1972.

4. SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

Sección Secretaría General	Srta. María FERNÁNDEZ PRESAS
Secretaría Cuerpo Médico	Srta. Eufrosina VALDÉS OLASCOAGA

Sección Personal	Srta. Raquel FERREIRA RAMOS
	Srta. Eloísa ROUTIN PEREIRA
	Sr. Roberto BLANCO
	Srta. Marina ESCANDA
Sección Compras	Sr. Julio C. PAMPILLÓN
	Srta. Ilda COSSÍA
Sección Almacenes	Sr. Américo BAZÁN
	Sra. Gladys MUSSIO DE PORTUGAL
Taller de Imprenta	Sr. Hermenegildo RUEDA
Taller de Costura	Sra. Nilda CAFFERA de FERRI
Depto. de Contaduría	Cr. Isaac MARGULIES
Sección Contabilidad	Cr. Rafael APARICIO
	Sr. Washington CORREA
	Sr. Walter BERNARDI
	Sra. Nelly LACAZE de VIGNONE
Sec. Pagaduría y Recaudación	Sr. Washington OLAIZOLA
Sector Mecanización	Sr. Waldemar FERNÁNDEZ
Sección Intendencia	Sr. Eduardo LANGDON
	Sr. Raúl MUNIZ
Sección Lavadero	Sr. Gerónimo MASNER
Depto. de Mantenimiento y Operación de Planta	Sr. José H. FIRPO (1)

(1) Desde el 11 de mayo de 1972.

CUERPO MÉDICO

Comité Ejecutivo

Presidente	Prof. Dr. Jorge LOCKHART
Vice Presidente	Prof. Dr. Jorge BOUTON
Secretaria	Prof. Adj. Dr. J. R. LÓPEZ FERNÁNDEZ
	Dra. Mary RAMOS de ORLANDO
	Dr. Omar CASTRO

COMITÉS

Actuaron durante el ejercicio 1972, los siguientes:

Comité de Auditoría:	Prof. Dr. Alberto Matteo; Prof. Adj. Dr. Fernando Muxí; Prof. Adj. Dra. María Delia Botinelli; Prof. Dr. Jorge Pradines; Dr. Dante Petruccelli.
Comité de Infecciones:	Dr. Pablo Matteucci; Dr. Ary Tejedor; Dr. Jorge Assandri.
Comité de Tejidos:	Dra. Margot Souza de Cardeza; Dr. Walter Meerhoff; Dr. Valdo Gardiol.

Comité de Historias Clínicas:	Dra. Margot Souza de Cardeza; Prof. Adj. Dr. Juan J. Poseiro; Dra. Olga Vázquez de Negrotto; Dr. Juan A. De Boni; Dr. Heber Rodríguez.
Comité de Programación:	Prof. Adj. Dr. Julio Viola; Prof. Adj. Dr. Helmut Kasdorf; Prof. Adj. Dr. Dante Tomalino, Dr. Nelson Reisenweber; Dra. María Dell´Oca de Fernández.
Comité Científico:	Prof. Adj. Dr. Jorge Dighiero; Prof. Adj. Dr. Raúl Praderi; Prof. Adj. Dr. Héctor Defféminis; Prof. Adj. Dr. Serafín Pose; Dr. Dante Petruccelli.
Comité de Internado y Residencia:	Prof. Adj. Dr. Héctor Schenone; Dr. Milton Portos; Dr. Luis Moreira.

COMITÉS ASESORES DE DIRECCIÓN

Comité de Terapéutica	Prof. Adj. Dr. Luis Eduardo Folle; Prof. Adj. Dr. Julio C. Priario; Prof. Adj. Dr. Jorge Negrotto; Dra. Olga Muras; Dr. Otto González Correa.
Comité de Centro Quirúrgico	Prof. Adj. Alberto Valls; Prof. Dr. Jorge Pradines; Prof. Adj. Dr. Juan J. Poseiro; Prof. Adj. Dr. Jorge Rodríguez Juanotena; Prof. Adj. Dr. Julio C. Viola; Dr. Fernando Oreggia; Prof. Adj. Dr. Jorge Dighiero; Dr. Alfredo Pernin; Prof. Dr. José P. Cirillo. Nurses: Dora Ibarburu, Lilián Juan de Farell y Gladys Morse de Verges.

El Director del Hospital y Directores Asistentes son miembros natos de todos los Comités.

AÑO 1973*

COMISIÓN DIRECTIVA

Presidente:	Prof. Dr. Luis A. CASTILLO
Representante por el orden docente	Prof. Dr. Raúl VIGNALE
Representante por el orden docente	Prof. Adj. Dr. Carlos MENDILAHARSU
Representante por el orden profesional	Dr. Luis A. CAZABÁN
Representante por el orden estudiantil	Br. Julia MARTINO
Representante de los funcionarios no docentes	Sr. Rafael COPELO

DIRECCIÓN

Director del Hospital	Dr. Hugo VILLAR
Asistente del Director	Sr. Aron NOWINSKI
Asistente del Director	Dr. Julio C. RIPA

ASESORES DE DIRECCIÓN

Arquitecto	Carlos SURRACO
Ingeniero	Enrique RODRÍGUEZ MOLINARI

* Informe Estadístico del Hospital de Clínicas 1973, publicado en 1974.

JEFATURAS DE LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL

1. SERVICIOS CLÍNICOS

Clínica Médica A	Prof. Dr. Manlio FERRARI
" Semiológica	Prof. Dr. Jorge BOUTON
" Quirúrgica A	Prof. Dr. Roberto RUBIO (1)
" Quirúrgica B	Prof. Dr. Jorge PRADINES
" Quirúrgica F	Prof. Dr. Roberto RUBIO (2)
	Prof. Dr. Luis A. PRADERI (3)
" Dermosifilopática	Prof. Dr. Raúl VIGNALE
" Endocrinológica	Prof. Dr. Alfredo NAVARRO
" Ginecotocológica	Prof. Dr. Juan J. CROTTOGINI(4)
	Prof. Dr. Serafín POSE (5)
" Neurológica	Prof. Dr. R. ARANA IÑIGUEZ
" Nutrición y Digestivo	Prof. Dr.C.MUÑOZ MONTEAVARO
" Oftalmológica	Prof. Dr. R. RODRÍGUEZ BARRIOS
" Otorrinolaringológica	Prof. Dr. Luis A. CASTILLO
" Urológica	Prof. Dr. Jorge LOCKHART
Depto. de Emergencia	Prof. Adj. Dr. José P. CIRILLO

(1) Desde el 1º de marzo de 1973.
(2) Hasta el 28 de febrero de 1973.
(3) Desde el 7 de noviembre de 1973.
(4) Hasta el 27 de mayo de 1973.
(5) Desde el 1º de junio de 1973.

2. SERVICIOS DE DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS ESPECIALES:

Depto. de Radiología	Prof. Dr. Leandro ZUBIAURRE
Depto. de Laboratorio Clínico	Prof. Adj. Dr. J. R. LÓPEZ FERNÁNDEZ
Depto. de Anatomía Patológica	Prof. Dr. Alberto L. MATTEO(1)
Depto. de Hemoterapia	Dr. Víctor VILA
Depto. de Cardiología	Prof. Adj. Dr. Jorge DIGHIERO
Depto. de Medicina Física y Rehabilitación	Prof. Dr. Álvaro FERRARI
Depto. de Odontología	Prof. Dr. Juan Carlos SASSI
Depto. de Anestesiología y Gasoterapia	Dr. Alfredo PERNIN
Unidad de Diálisis	Dres. Dante PETRUCCELLI y Luis CAMPALANS (2)
	Dra. Laura RODRÍGUEZ (3)

(1) Hasta el 24 de agosto de 1973.
(2) Hasta el 31 de julio de 1973.
(3) Desde el 1º de noviembre de 1973.

3. SERVICIOS TÉCNICOS PARAMÉDICOS

Depto. de Admisión	Dra. Margot SOUZA de CARDEZA
Depto. de Historias Clínicas y Estadística Médica	Dra. Margot SOUZA DE CARDEZA
Depto. de Enfermería	Nurse Dora IBARBURU
" de Alimentación	Dietista Elfrides GIANELLO
" de Servicio Social	A. S. Josefina SILVA
" de Farmacia	Dr. Otto GONZÁLEZ CORREA

4. SERVICIOS ADMINISTRATIVOS:

Sección Secretaría General	Sra. María FERNÁNDEZ PRESAS
Secretaría Cuerpo Médico	Srta. Eufrosina VALDÉS OLASCOAGA
Depto. de Personal	Srta. Raquel FERREIRA RAMOS
	Sr. Roberto BLANCO
	Srta. Marina ESCANDA
Sector Sueldos	Srta. Eloisa ROUTIN PEREIRA
Depto. de Suministros	Sr. Julio C. PAMPILLÓN
	Srta. Ilda COSSÍA
Sección Almacenes	Sr. Américo BAZÁN
	Sra. Gladys MUSSIO DE PORTUGAL
Taller de Imprenta	Sr. Hermenegildo RUEDA
Taller de Costura	Sra. Nilda CAFFERA DE FERRI
Depto. de Contaduría	Cr. Isaac MARGULIES
Sección Contabilidad	Cr. Rafael APARICIO
	Sr. Washington CORREA
	Sra. Nelly LACAZE DE VIGNONE
Sector Recaudación	Sr. Walter BERNARDI
Sec. Pagaduría	Sr. Washington OLAIZOLA
Sector Mecanización	Sr. Waldemar FERNÁNDEZ
Sección Intendencia	Sr. Eduardo LANGDON
	Sr. Raúl MUNIZ
Sección Lavadero	Sr. Gerónimo MASNER
Depto. de Mantenimiento y Operación de Planta	Sr. José H. FIRPO

CUERPO MÉDICO

Comité Ejecutivo

Presidente	Prof. Dr. Jorge PRADINES
Vice Presidente	Prof. Dr. Jorge BOUTON

Secretario	Dr. Rodolfo PANIZZA
	Dra. Mary RAMOS DE ORLANDO
	Dr. Omar CASTRO

COMITÉS

Actuaron durante el ejercicio 1973, los siguientes:

Comité de Auditoría:	Prof. Dr. Alberto Matteo; Prof. Adj. Dr. Julio C. Priario; Dr. Dante Petruccelli; Dra. Olga Muras; Dr. Isidoro Sadi.
Comité de Infecciones:	Dr. Jorge Assandri; Dr. Francisco Crestanello; Dra. Ana María Castiglioni.
Comité de Tejidos:	Dr. Juan Purriel; Dr. Roberto Perdomo; Dr. Guillermo Dighiero.
Comité de Historias Clínicas:	Dra. Margot Souza de Cardeza; Dra. Eva Fogel de Korc; Dr. Luis Campalans; Dr. Virgilio Gutiérrez; Prof. Adj. Dr. José P. Cirillo.
Comité de Programación:	Prof. Adj. Dr. Héctor Defféminis; Prof. Adj. Dr. Dante Tomalino; Dr. Hernán Artucio; Dr. Luis A. Cazabán; Dr. Víctor Canetti.
Comité Científico:	Prof. Adj. Dr. Jorge Dighiero; Prof. Adj. Dra. María Delia Bottinelli; Prof. Adj. Dr. Luis Folle; Dr. Carlos Gómez Fosatti; Dr. Germán Canessa.

COMITÉS ASESORES DE DIRECCIÓN

Comité de Terapéutica	Prof. Adj. Dr. Luis Eduardo Folle; Prof. Adj. Dr. Julio C. Priario; Prof. Adj. Dr. Jorge Negrotto; Dra. Olga Muras; Dr. Otto González Correa.
Comité de Centro Quirúrgico	Prof. Adj. Alberto Valls; Prof. Dr. Jorge Pradines; Prof. Dr. Roberto Rubio; Prof. Adj. Dr. Juan J. Poseiro; Prof. Adj. Dr. Jorge Rodríguez Juanotena; Prof. Adj. Dr. Julio C. Viola; Dr. Fernando Oreggia; Prof. Adj. Dr. Jorge Dighiero; Dr. Alfredo Pernin; Prof. Adj. Dr. José P. Cirillo. Nurses: Dora Ibarburu y Lilián Juan de Farall.

El Director del Hospital y Directores Asistentes son miembros natos de todos los Comités.

ANEXO 2

CONFERENCIAS Y CURSOS DE TÉCNICOS EXTRANJEROS

La lista de visitantes extranjeros que han dado conferencias o cursos en el Hospital de Clínicas proviene de datos e informaciones incompletos, por lo que seguramente existen omisiones. Las fuentes fueron: 1) Informes anuales de la Dirección del Hospital entre 1965 y 1974 (con excepción del año 1968), que mencionan los visitantes de los años precedentes a la fecha del informe. 2) Informe de actuación del Instituto de Neurología entre 1959 y 1963*.

AÑO 1959

Th. Ballantine (Hospital General de Massachussetts, EEUU): "Abscesos cerebrales". Instituto de Neurología.

D. Bovet (Instituto de Sanidad, Roma, Italia): "Medicamentos neuropléjicos". Instituto de Neurología.

Paul C. Bucy (Universidad del Noroeste de Chicago, EEUU): "Hemibalismo". Instituto de Neurología.

Murray A. Falconer (Hospital Maudsley, Londres, Inglaterra): "Hemisferectomía por enfermedad de Sturge Weber"
"Últimos resultados en la ciugía de los aneurismas intracraneanos"
"Hipofisectomía para cáncer". Instituto de Neurología.

Lester A. Mount (Instituto Neurológico de Nueva York, EEUU): "Craneoestenosis". Instituto de Neurología.

G.F. Rossi (Clínica de Enfermedades Nerviosas, Génova, Italia): "Organización anatómica de la formación reticulada del tronco del encéfalo".
"Influencias del tronco cerebral en la actividad eléctrica cerebral y comportamiento". Instituto de Neurología

G. Schaltenbrand (Universidad de Wurzburg, Alemania): "Esclerosis en placas"
"Electromiografía". Instituto de Neurología.

* Arana Iñíguez R: Informe de actuación del Instituto de Neurología de 1959 a 1963. Montevideo, 1964, Facultad de Medicina.

William B. Scoville (Hartford, EEUU): "Rinencéfalo y lóbulo temporal. Sus relaciones con la memoria". Instituto de Neurología.

Oscar Trelles (Universidad de San Marcos, Lima, Perú): "Tumores de plexos coroideos". Instituto de Neurología.

A. Zanchetti (Universidad de Siena, Italia): "Influencias inhibitorias del aferente senocarotídeo en descargas hipotalámicas autonómicas y comportamiento ejemplar"
"Contribuciones recientes a la fisiología del sueño". Instituto de Neurología.

H. D. Voris (Chicago, EEUU): "Lumbociática por hernia del disco lumbar". Instituto de Neurología.

AÑO 1960

H. Hécaen (Hospital Santa Ana, París, Francia): "Epilepsie et troubles du langage"
« Problemes psychopatologiques posés par les agnosies ».
« La dominance hemispherique»
« Les apraxies »
« Les douleurs d'origine corticale et l'asymbolie a la douleur »
« L'agnosognosie de la cécité »
« Les alexies »
« Les hallucinations visuelles ». Instituto de Neurología.

J. Folch y Pi (Universidad de Harvard, EEUU): "Investigaciones recientes sobre la bioquímica del cerebro". Instituto de Neurología.

G. Ruggiero (Servicio del Prof. Marcel David, La Pitié, París, Francia): « Mielografía »
"Tercer ventrículo". Instituto de Neurología.

AÑO 1961

Norman Dott (Western General Hospital de la Universidad de Edimburgo, Escocia): "Circulación del LCR y su patología"
"Organización de los Servicios de Neurocirugía". Instituto de Neurología.

W. F. Windle (Institutos Nacionales de la Salud, EEUU): "Regeneración en el sistema nervioso central". Instituto de Neurología.

Ludo van Bogaert (Instituto Bunge de Bélgica): "Encefalitis". Instituto de Neurología.

J. Spillane (Hospitales Unidos de Cardiff, Reino Unido): "Patología de columna cervical".
"Ensanchamiento del canal". Instituto de Neurología.

AÑO 1962

E. Sjogren (Serafimer Lasarette, Estocolmo, Suecia): "Método de sustracción en la radiología contrastada".
"Arteria cerebelosa póstero inferior"
"Mielografía gaseosa, técnica y resultados". Instituto de Neurología.

J. L. Malcolm (Universidad de Aberdeen, Escocia): "Farmacología de la corteza cerebral"
"Efectos del uso y desuso en el sistema nervioso central". Instituto de Neurología.

F. R. Perino (Universidad de Buenos Aires, Argentina). Instituto de Neurología.

AÑO 1963

William Fields (Universidad de Baylor, Houston, Texas, EEUU): "Los efectos de la insuficiencia vascular en el sistema vestibular". Instituto de Neurología.

Luis P. Ponce (Instituto de Diagnóstico, Caracas, Venezuela). Instituto de Neurología.

AÑO 1964

Pietro De Nicola: "Mecanismo de las trombosis y medicación anticoagulante". Piso 11, Clínica Médica "A".
"Acción antiesclerótica y antitrombótica de IMAO (inhIbídor de la mono-amino-oxidasa)". Piso 8, Clínica Médica "D".
M. Seligmann: "Quimioterapia del cáncer". Piso 11, Clínica Médica "A".
"Las anomalías inmunológicas en el Lupus eritematoso diseminado y los anticuerpos antinucleares". Piso 8, Clínica Médica "D".
"Macroglobulinemias familiares". Piso 8, Clínica Médica "D".
"Inmunoglobulinas en el mieloma". Piso 11, Clínica Médica "A".
David Karnosky: "Quimioterapia del cáncer". Piso 11. Clínica Médica "A".
F. Lenoch: "Terapéutica de las afecciones reumáticas". Piso 11, Clínica Médica "A".
Angelo Baserga: "Las proteínas en diversas hemopatías". Piso 11, Clínica Médica "A".
Dr. Fallis: "Infección en Hospitales". Piso 9, Clínica Quirúrgica "A".
"Infección en Quemados". Piso 10, Clínica Quirúrgica "B".
Dr. Baumgarten: "Infección en Hospitales", Piso 9, Clínica Quirúrgica "A".
"Tratamiento quirúrgico de la comunicación interauricular". Piso 7, Clínica Quirúrgica "F".
Adolfo Rey y Marcelo Royer: Reunión Rioplatense de Gastroenterología, Piso 9. Clínica Quirúrgica "A".
Dr. Bonica: "Organización de una Clínica para tratamiento del dolor". Piso 9, Clínica Quirúrgica "A".
Dr. Franciosi: "Hipofisectomía actínica del neo de mama". Piso 10, Clínica Quirúrgica "B".
Prof. R. Carrol: "Malformaciones congénitas de la mano".
"Injerto de tendones". Piso 7, Clínica Quirúrgica "F".
Dr. Jack Davis: "Enfermedad de Dupuytren". Piso 7, Clínica Quirúrgica "F".
Prof. Ingiulla: "Tratamiento quirúrgico del carcinoma de cuello uterino". Piso 16, Clínica Ginecotocológica "B".
Prof. Stanley James: Piso 16, Clínica Ginecotocológica "B".
Prof. K. Adamsons: Piso 16, Clínica Ginecotocológica "B".
Dr. J. Sampaio Goes: "Esterilidad". Piso 16, Clínica Ginecotocológica "B".
Dr. Nilo Pereira Luz: "Colpocitología". Piso 16, Clínica Ginecotocológica "B".
Prof. Todd: "Actividad en endoscopía". Piso 7, Clínica Gastroenterológica.
Dr. Shibendantz: "Citología exfoliatriz en gastroenterología". Piso 7, Clínica Gastroenterológica.
Dr. Zeilicoff: "Hipertensión portal" (2 conferencias). Piso 7. Clínica Gastroenterológica.
Dr. John Mac Lean: "Cirugía del Glaucoma".
"Nuevos métodos del diagnóstico del glaucoma". Oftalmología, Piso 10, Clínica Oftalmológica.
John Clark Mustarde: "Mesa redonda sobre cirugía plástica ocular". Oftalmología, Piso 10, Clínica Oftalmológica.
Dr. A. G. De Voe: "Cirugía plástica de alteraciones traumáticas del ojo".
"Enfermedades de la córnea". Oftalmología, Piso 10, Clínica Oftalmológica.
Dres. Mac Lean y De Voe: "Cirugía de la catarata". Oftalmología, Piso 10, Clínica Oftalmológica.
Ricardo Ercole: "Crítica de la enseñanza urológica del médico práctico". Piso 9, Clínica Urológica.
Giulio Di Giuli: "Las investigaciones linfográficas de las localizaciones neoplásicas abdominales". Departamento de Radiología.
Dr. Milliez: "Nefritis ascendente". Departamento de Radiología.
Dr. Pierre Bataini: "Radioterapia de los tumores de la laringe". ORL, Piso 7, Clínica Otorrinolaringológica.
Prof. Pierre de Gracianski: "Mixedema cutáneo".
"Influencias del sistema nervioso sobre el eczema cutáneo". Piso 12.

Prof. Edward Bridge: "Pedagogía Médica". Piso 11, Clínica Médica "A".

Asociación Latinoamericana de Investigación en Reproducción Humana: Servicio de Fisiología Obstétrica, Piso 16.

Simposio: "Efectos del parto sobre el feto y el recién nacido". Servicio de Fisiología Obstétrica, Piso 16.

Curso Intensivo del Prof. J. J. Pocidalo (Centro de reanimación respiratoria del Hospital Claude Bernard). Piso 1, Departamento de Cardiología.

AÑO 1965

Prof. Gert Haberland (Farbenfabriken Bayer AG, Leverkusen, Alemania): "Hemorragias por fibrinolisis". Piso 16. Clínica Ginecotocológica "B".

Prof. Claudio Malaguzzi Valeri: "Evolución y secuelas de la hepatitis virósica". Piso 6, Clínica Gastroenterológica.

Prof. Dr. Ottario Albano: "Aspectos morfológicos y funcionales del intestino delgado en la descompensación cardíaca". Piso 6, Clínica Gastroenterológica.

Prof. Dr. Vincenzo Benvestito: "El sondeo bacteriológico combinado con la biopsia intestinal". Piso 6, Clínica Gastroenterológica.

Dr. Miguel Angel Etcheverry (Presidente de la Sociedad Argentina de Hematología y Hemoterapia): "Progresos en citogenética". Piso 8, Clinica Médica "D".

Dr. Kentaro Taka Oka (São Paulo): "Procedimientos para medir competencia pulmonar y la resistencia respiratoria". Piso 17, Departamento de Anestesiología.

Prof. Emil Matejicek (Rector de la Universidad de Kosice, Checoeslovaquia): "Organización de la Medicina en Checoeslovaquia". Piso 9, Clínica Quirúrgica "A".

Dr. Bernardo Nusimovich (Jefe de Endocrinología del Hospital de Avellaneda, Argentina): "El empleo del Hemisuccinato de Hidrocortisona en las emergencias médico-quirúrgicas". Piso 17, Departamento de Anestesiología.

Dr. Rivas Larrazábal (Caracas): "Organización del Servicio de Anestesia del Hospital Universitario de Caracas". Piso 17, Departamento de Anestesiología.

Prof. E. Szihmai (Especialista en Hematología Nuclear): "Terapia fibrinolítica". Piso 11, Clínica Médica "A".

Prof. Dr. Daizo Ushiba (Jefe del Dpto. de Microbiología de la Escuela de Medicina de Keio, Tokio): "Resistencia de microbacterias a las drogas". Piso 8, Clínica Médica "D".

Dr. Harold Leeming Sheenan: "Descripción general de los aspectos clínicos del hipopituitarismo posterior al parto". Piso 16, Clinica Ginecotocológica "B".

Prof. Dr. Samuel Reynolds (Director del Dpto. de Anatomía de la Facultad de Medicina de la Universidad de Illinois): "Correlación entre las circulaciones fetal y materna en la placenta". Piso 16, Clínica Ginecotocológica "B".

Dr. Neil Swinton (Del Staff de Cirugía de la Lahey Clinic de Boston): Curso de Proctología, Piso 9, Clínica Quirúrgica "A".

Dr. Klaus Janssen (Farbenfabriken Bayer AG, Leverkusen, Alemania): "Nuevos aspectos en la terapéutica de ciertos trastornos enzimáticos de la sangre". Piso 16, Clínica Ginecotocológica "B".

Prof. John Stehlin (Profesor de Cirugía de la Universidad de Houston, Texas): "Carcinoma de tiroides".

"Cáncer avanzado de seno". Piso 10, Clínica Quirúrgica B.

AÑO 1966

Dr. Manuel Herrero (Buenos Aires, Argentina): "Hemodiálisis en la insuficiencia renal crónica". Piso 8, Clínica Semiológica y Médica "D".

Dr. William Symmers: "Alergia a drogas y desarrollo de angeítis y otras manifestaciones generales en enfermedades del tejido conectivo". Piso 8, Clínica Semiológica y Médica "D".
Dr. Simon Van Creveld (Holanda): "Hemofilia y Enfermedades relacionadas". Servicio de Sangre y Plasma.
Dr. J. J. Groen (Utrecht, Holanda): "Significado práctico y diagnóstico de la audición biaural". Clínica de ORL.
Dr. Scola: "Cofocirugía". Clínica de ORL.
Dr. Charles Debray (Francia): "Angiografía abdominal en las afecciones digestivas".
"Tumores gástricos benignos". Clínica de Nutrición y Digestivo.
Dr. Roy H. Clauss (New York, EEUU): "Tratamiento de la Insuficiencia Mitral con resultados previstos hemodinámicamente". Departamento de Cardiología.
Dr. K. E. Jefferson (Londres, Inglaterra): "Angiocardiografía selectiva".
"Diagnóstico de los defectos de las almohadillas endocárdicas".
"Alteraciones pulmonares en las enfermedades cardíacas". Departamento de Cardiología.
Dr. Alejandro Villegas (Argentina): "Traqueotomía. Técnica". Clínica Quirúrgica "B".
Dr. A. Androssov (URSS): "Instrumental para sutura arterial". Clínica Quirúrgica "B".
"Sutura mecánica". Clínica Quirúrgica "F".
Dr. A. A. Vishnievski (URSS): "La cibernética en el diagnóstico médico". Clínica Quirúrgica "F".
Dr. Bernard Halpern: "Inmunología del injerto". Clínica Quirúrgica "F".
Dr. A. L. Binet: "Nuestra experiencia en los heteroinjertos para el recambio de válvula aórtica".
"Las rupturas traumáticas en la aorta torácica en el hombre". Clínica Quirúrgica "F".
Dr. Broadbent: "Cirugía de los nervios periféricos". Clínica Quirúrgica "F".

AÑO 1967*

AÑO 1968

Prof. Willem Kolff (Salt Lake City, Utah, EEUU): "El corazón pulmonar artificial intra-torácico". Clínica Médica "A".
"Trasplante renal". Clínica Urológica.
Prof. Joseph Fischer (Universidad de Mainz, Alemania): "Estudios funcionales y anatómicos del bazo con radioisótopos". Clínica Médica "A".
Prof. Helmut Ernst (Universidad de Berlín): "Centellografía pulmonar". Clínica Médica "A".
Dr. Silvio Báez (Paraguay): "Autorregulación del flujo sanguíneo local". Clínica Semiológica y Médica "D".
Dr. Maxwell Ellis (Londres, Inglaterra): « Sinusitis crónica".
"Cáncer de seno maxilar". Clínica ORL.
Dr. Herman Felder (Universidad de Pittsburgh): "Otitis serosa. Timpanoplastia". Clínica ORL.
Dr. Hans Von Leden (Universidad de Los Angeles): "Criocirugía". Clínica ORL.
Prof. G. Greiner (Estrasburgo): "Electronistagmografía y vestibulometría". "Examen funcional del aparato vestibular". Clínica ORL.
Dr. Sydney Busis (Universidad de Pittsburg): "Neurinoma del acústico". Clínica ORL.
Dr. R. López Engelking (México): "Resección endoscópica".
"Tratamiento de casos difíciles de estenosis uretral". Clínica Urológica.
Dres. Kiffer y Pereyra (São Paulo, Brasil): "Exposición sobre funcionalidad tiroidea". Clínica Endocrinológica.
Dr. Quadron (México): "Exposición sobre funcionalidad tiroidea". Clínica Endocrinológica.
Dr. J. Walters (Canada): "Mortalidad perinatal". Clínica Ginecotocológica "B".

* No pudo ser ubicado el Informe Estadístico Anual correspondiente a este año, en la Biblioteca del Hospital de Clínicas, donde fue donado por el Dr. Aron Nowinski.

Prof. John Bonica (Seattle, EEUU): "Principios de la analgesia y anestesia en Obstetricia". "Analgesia y anestesia obstétrica en las complicaciones maternas y fetales". Servicio de Anestesiología.

Dr. Paul David (Montreal, Canadá): "Resultados de la cirugía en la estenosis mitral". Departamento de Cardiología.

Prof. Stig Ekeström (Estocolmo, Suecia): "Tratamiento quirúrgico de la angina de pecho". "Avances en la cirugía vascular periférica". "Resultados alejados del reemplazo valvular mitro-aórtico". Departamento de Cardiología.

Dr. Joao Tranchesi (São Paulo, Brasil): "Electro y vectorcardiograma en el diagnóstico del infarto de miocardio". Departamento de Cardiología.

Prof. Roger Froment (Lyon, Francia): "Estado de mal anginoso subagudo y crónico". "Miocardiopatía ventricular derecha de origen disgenético". Departamento de Cardiología.

AÑO 1969

Dr. Eduardo Castilla: "Genética clínica". Clínica Médica "A".

Prof. Mathé: "Tratamiento moderno de las leucemias". Clínica Médica "A".

Dr. J. P. Clauvel: "Macrogloblulinemias". "Crioglobulinemias". Clínica Médica "A".

Dr. Edwin Haaf: "Terapia trombolítica". Clínica Médica "A".

Dr. López Majano: "Indicaciones de la centellografía pulmonar". "Estudio regional en la ventilación con Xenon 123". "Regulación de la circulación pulmonar por gases". Clínica Médica "A".

Prof. Marcel D'Argent (Lyon, Francia): "Terapéutica del cáncer de mama". Clínica Quirúrgica "B". "Tumores primitivos de cuello". Clínica Otorrinolaringológica.

Prof. Augusto Casalá (Buenos Aires, Argentina): "Inmunología en Dermatología". "Angeítis de sensibilización". Clínica Dermosifilopática.

Dr. Carlos Bianchi (Buenos Aires, Argentina): Curso sobre aplicaciones de Inmunología en Dermatología. Clínica Dermosifilopática.

Prof. Rubem Azulay (Rio de Janeiro, Brasil): "Serología en la sífilis". "Lepra". Clínica Dermosifilopática.

Prof. Russell Fraser (Londres, Inglaterra): "Retinopatía diabética". "Tumores de la hipófisis". Clínica Endocrinológica.

Prof. Hussein Topozzada (Universidad de Alejandría): "Evaluación clínica de la estrechez pélvica". Clínica Ginecotocológica "B".

Dr. Sydney Effer (Canadá): "Tratamiento de los casos Rh negativos sensibilizados". "Importancia de la unidad de cuidado intensivo en la Obstetricia moderna". Clínica Ginecotocológica "B".

Dr. U. Borell (Suecia): "Aborto legal en Escandinavia y mecanismos del parto". Clínica Ginecotocológica "B".

Prof. J. Ferting (New York, EEUU): "Diseño experimental y análisis de investigación clínica". Clínica Ginecotocológica "B".

Prof. Kallis Adamsons (New York, EEUU): Curso completo sobre Perinatología. Clínica Ginecotocológica "B".

Dr. Julián de Ajuriaguerra (Ginebra, Suiza): "Síndromes demenciales". Instituto de Neurología.

Dr. Barnett (Toronto, Canadá): "Insuficiencia cerebro vascular". Instituto de Neurología.

Dr. Boder (Los Angeles, California, EEUU): "Dislexias". Instituto de Neurología.

Prof. V. Masi Gorostiaga (Paraguay): "Duodenopatías de origen parasitario". Clínica Nutrición y Digestivo.

Prof. Rajmilecich: "Anemias por carencia de ácido fólico, hierro y vitamina B12". Clínica de Nutrición y Digestivo.

Prof. José Horwitz (Chile): Participación en Seminario sobre Alcoholismo Crónico. Clínica de Nutrición y Digestivo.

Prof. René Lambert (Lyon, Francia): Curso:
"Exploración de la secreción ácida del estómago en el hombre".
"La secreción ácida en la úlcera gastroduodenal".
"Exploración de la secreción externa del páncreas".
"Métodos utilizados en el diagnóstico de las enfermedades del páncreas".
"Flora microbiana patológica del intestino delgado".
"Factores inmunológicos en la patología del tubo digestivo". Clínica de Nutrición y Digestivo.

Prof. René Hugonnier y Sra. (Francia): Curso sobre Estrabismo. Clínica Oftalmológica.

Dr. Raúl Velasco (Chile): Curso sobre Otoneurología. Clínica Otorrinolaringológica.

Dr. Elton Watkins Jr. (Clínica Lahey): "El uso de citostáticos en cáncer de cabeza y cuello". Clínica Otorrinolaringológica.

Dr. Jacob Aronof (New York, EEUU): "Rinitis alérgica". Clínica Otorrinolaringológica.

Prof. Denis C. Deuchar (Londres, Inglaterra)
"Mecanofonocardiografía".
"Estado actual de la cirugía." Departamento de Cardiología.

Dres. Radi Macruz y Airie (São Paulo, Brasil): Curso teórico práctico sobre Coronariografía. Departamento de Cardiología.

Prof. Simpson (Oxford, Inglaterra): "Anestesia en Geriatría". Servicio de Anestesiología.

AÑO 1970

Prof. Sergio Marigo (Universidad de Pavia): "Tratamiento de las diabetes". Clínica Médica "A".

Prof. J. Auvert (Universidad de Paris, Francia): "Trasplante renal".
"Cirugía de la hipertensión portal". Clínica Médica "A".
"Hipertensión portal en el niño". Clínica Nutrición y Digestivo.
"Cáncer de testículo".
"Fibrosis retroperitoneal".
"Trasplante".
"Hipertensión portal". Clínica Urológica.

Prof. Ernesto Lubin (Universidad de Tel Aviv, Israel): "Estudio del lecho vascular en los procesos expansivos del hígado". Clínica Médica "A".
"Estudio del lecho hepático con radioisótopos". Clínica Nutrición y Digestivo.

Dr. C. Raby: "Coagulopatías de consumo en las neuropatías".
"Utilización de la heparina: indicaciones tradicionales y nuevas". Clínica Médica "A".

Prof. Alvar Swenson (Estocolmo, Suecia): "Respiración prolongada en los traumatismos de tórax". Clínica Quirúrgica "A".
"Problemas de ventilación artificial prolongada en el recién nacido". Clínica Ginecotocológica "B".
"Respiración artificial prolongada".
"Directivas en la aplicación de respiradores automáticos". Servicio de Anestesiología.

Prof. Ros Tilley (Canadá): "Quemaduras de guerra. Tratamiento". Clínica Quirúrgica "A".

Prof. Fontaine (Francia): "Aneurismas cirsoides ». Clínica Quirúrgica "B".

Prof. Dr. A. V. Schally (Universidad Tulane): "El factor hipotalámico de liberación de tirotrofina". Clínica Endocrinológica.

Dr. G. Joplin (Londres, Inglaterra): "Ablación terapéutica de la hipófisis en enfermedades endócrinas".
"Enfermedades óseas de origen endócrino".
"Efecto de la calcitonina en sujetos normales y pacientes con enfermedades óseas". Clínica Endocrinológica.
"Efectos de la ablación de la hipófisis sobre la retinopatía diabética".
"Efecto de la implantación en la hipófisis de isótopos sobre trastornos del campo visual provocados por tumores de hipófisis". Clínica Oftalmológica.
Dr. P. Guinet (Lyon, Francia): "Disgenesia gonadal".
"Hipogonadismo hipogonadotrófico". Clínica Endocrinológica.
Dr. Luis Ricaud Rothiot (México): "Tratamiento quirúrgico de las malformaciones congénitas de origen muleriano". Clínica Ginecotocológica "B".
Dr. Giambatista Massi (Italia): "Dosificación de estriol en líquido amniótico. Significado, diagnóstico y pronóstico". Clínica Ginecotocológica "B".
Dr. Alberto Hodari (EEUU): "Toxemia experimental". Clínica Ginecotocológica "B".
Dr. Marcio Antonio Lisboa (Brasil): "Síndrome membrana hialina". Clínica Ginecotocológica "B".
Dr. Benjamín Schmidt (Brasil): "Hijo de madre diabética". Clínica Ginecotocológica "B".
Dra. Vilma Armengol (Chile): "Mecanismos del sueño". Instituto de Neurología.
Prof. A. Ferreira de García (Argentina): "Psicolingüística genética". Instituto de Neurología.
Dr. Edward Mac Nichol (EEUU): "Adelantos para facilitar la visión de los ciegos". Instituto de Neurología.
Dr. Akira Nakadaira: "Endoscopía gástrica". Clínica Nutrición y Digestivo.
Dr. Achin Vessing (Essen): "Experiencia actual sobre el tratamiento de la retinopatía diabética". Clínica Oftalmológica.
Prof. G. Bonamour (Lyon, Francia): "Degeneraciones viteliformes de la mácula". Clínica Oftalmológica.
Prof. Michell Portmann (Burdeos, Francia): "Timpanoplastias".
"Investigación por electrococleograma". Clínica Otorrinolaringológica.
Prof. Rodolfo de Surra Canard: "Síndrome de cistitis en la mujer". Clínica Urológica.
Dres. O. Venturino y M. Valverde (Argentina): "Investigaciones clínicas sobre el empleo de la ketamina". Servicio de Anestesiología.
Prof. Euriclydes do Jesús Zerbini y col. (São Paulo, Brasil): "Discusión de casos para operación".
"Demostración quirúrgica".
"Simposio sobre tratamiento quirúrgico de las cardiopatías cianóticas".
"Discusión de algunos problemas del pre y post operatorio de la cirugía cardíaca".
"Demostración quirúrgica".
"Simposio sobre tratamiento quirúrgico de la insuficiencia coronaria".
"Alteraciones del equilibrio ácido-base en la cirugía cardíaca".
"Demostración quirúrgica".
"Simposio sobre tratamiento quirúrgico de las lesiones valvulares". Departamento de Cardiología.

AÑO 1971

Dr. Onetti (Facultad de Medicina de Córdoba, Argentina): "Nuevos aspectos en el estudio de la sinovial reumatoidea".
"Sinovectomía radioisotópica con fósforo coloidal en la P.A.C." Clínica Médica "A".
Prof. Dr. Georges Brulé (París, Francia): "Quimioterapia del cáncer de mama". Clínica Quirúrgica "B".
"Quimioterapia del cáncer de mama". Clínica Endocrinológica.
Dres. Alejandro Cordero y Alberto Woscoff (Argentina): "Dermatología cosmética". Clínica Dermosifilopática.

Prof. Dr. Rubem Azulay (Brasil): "Leishmaniosis". Clínica Dermosifilopática.
Prof. Dr. Anuar Auad (Brasil): "Pénfigo foliáceo. Vitiligo". Clínica Dermosifilopática.
Dr. Auguste Ennuyer (París, Francia): "Interés de la Radioterapia en el Tratamiento de los adenomas hipofisarios". Clínica Endocrinológica.
"Mil casos de epitelioma de faringe tratados con cobaltoterapia". Clínica Otorrinolaringológica.
Dr. Stephan Thieffry (Francia): "Reanimación del recién nacido". Clínica Ginecotocológica "B".
"Enfermedad de Werdnig-Hoffmann". Instituto de Neurología.
Prof. Lance Townsend (Melbourne, Australia): "Embarazos de alto riesgo".
"Estimación del estado del feto en útero". Clínica Ginecotocológica "B".
Dr. Enrique Gadow (Universidad de Buenos Aires): "Polihidramnios: fisiopatología y clínica".
"Proteínas en el líquido amniótico". Clínica Ginecotocológica "B".
Prof. Jiro Mukawa (Japón): "Progresión de la descarga epiléptica". Instituto de Neurología.
Prof. J. R. Ravens (Nueva Jersey, EEUU): "Aspectos morfológicos de la red capilar del cerebro y sus anastomosis". Instituto de Neurología.
Prof. Max Euwe (Ámsterdam, Holanda): "Computación y Medicina". Instituto de Neurología.
Prof. Takao Hayashi (Japón): "Gastrocámara, fibroscopía y duodenoscopía". Clínica Nutrición y Digestivo.
Dr. Rígoli y colaboradores (Buenos Aires): "Nuevas técnicas en la investigación del sistema AU-SH (antígeno australiano)". Clínica Nutrición y Digestivo.
Prof. Clemente Morell (Buenos Aires): "Pancreatitis aguda". Clínica Nutrición y Digestivo.
Prof. Jacques Caroll (París): "Síndrome de Budd-Chiari".
"Síndrome adenocarcinoma de hígado".
"Patología de la vía biliar principal". Clínica Nutrición y Digestivo.
Dr. Alexis Shelokov (Texas, EEUU): "Antígeno Australiano". Clínica Nutrición y Digestivo.
Prof. Atilio Norbis y col. (Argentina): "Estrabismos convergentes funcionales". Clínica Oftalmológica.
Prof. Jorge Ferrer (Universidad de Gainesville, EEUU): "Estrabismo". Clínica Oftalmológica.
Dr. Parmigliano (Buenos Aires): Curso de perfeccionamiento en Fonoaudiología. Clínica Otorrinolaringológica.
Prof. Dr. Pedro Vieira (Brasil): "Tumores malignos de la rinofaringe". Clínica Otorrinolaringológica.
Prof. Dr. Osvaldo Suárez (Córdoba, Argentina): "Tumores de lengua".
"Tumores benignos de cuello". Clínica Otorrinolaringológica.
Dr. Ruben Deluca (Buenos Aires): "Anatomía quirúrgica de la nariz".
"Fracturas nasales".
"Complicaciones en la cirugía nasal". Clínica Otorrinolaringológica.
Dr. G. Sturla (Buenos Aires): "Fracturas del tercio medio de cara". Clínica Otorrinolaringológica.
Prof. Jean Auvert (París): "Hipertensión portal en el niño". Clínica Urológica.
Profs. Jean Auvert, P. Jungers y A. Xeni (Facultad de Medicina de París): "Medios de exploración del aparato urinario en la insuficiencia renal".
"Tratamiento actual y resultados obtenidos en la insuficiencia renal aguda".
"Estenosis ureterales".
"Litiasis renal".
"Tratamiento médico de la insuficiencia renal crónica e indicaciones de la diálisis periódica".
"Diálisis crónica".
"Trasplante renal". Clínica Urológica.
Dr. Claudio Suárez (Buenos Aires): "Reposición de fluidos en Terapia Intensiva". Depto. de Anestesiología.
Prof. Jimmy Payne (Londres): "Anestesia en Geriatría".
Mesa redonda sobre temas de reanimación. Depto. de Anestesiología.

Prof. Antonio Aldrete (Miami, EEUU): Mesa redonda sobre temas de reanimación. Depto. de Anestesiología.

AÑO 1972

Prof. Dr. Jean Louis Binet (Francia): "Funciones de los linfocitos". Clínica Médica "A".
Dra. Martha Kreimer (Universidad de Buffalo, USA): "Talasemia".
"Hemoglobinas inestables". Clínica Médica "A".
Prof. Dr. Ignacio Di Bartolo (Buenos Aires, Argentina): "Toxoplasmosis". Clínica Ginecotocológica "B".
Prof. Dr. John Holter (Estados Unidos): "La válvula de Holter en el tratamiento de la hidrocefalia". Instituto de Neurología.
Prof. Dr. R. Vigouroux (Francia): "Traumatismo encéfalo-craneano". Instituto de Neurología.
Prof. Dr. L. Luwendik (Holanda): "Traumatismo encéfalo-craneano". Instituto de Neurología.
Prof. Dr. E. Gurdjian (Estados Unidos): "La protección en los traumatismos encéfalo craneanos en el tránsito".
"Fisiopatología del traumatismo cerebral". Instituto de Neurología.
Prof. Dr. Guy Lazorthes (Francia): "Hemorragia cerebral".
"Trastornos isquémicos cerebrales".
"Circulación de la médula espinal". Instituto de Neurología.
Prof. Dr. Claus Clausen (Berlín, Alemania): "La técnica de la graficación de la prueba de Hallpike".
"Traumatismos cráneo-encefálicos. Sintomatología central y periférica".
" Neuronopatías". Clínica Otorrinolaringológica.
Prof. Dr. Hans Schobel (Austria): Nuevos y probados métodos de reconstrucción del tímpano en otitis media crónica".
"Operaciones dificultosas y reintervenciones del oído".
"La trasposición de epiglotis en la cirugía funcional de la laringe".
"Modificaciones en la técnica de la cirugía del estribo". Clínica Otorrinolaringológica.
Dr. Mario Filiberto (Córdoba, Argentina): "Vaciamiento de cuello". Clínica Otorrinolaringológica.
Prof. Dr. Euriclydes do Jesus Zerbini y Dr. Radi Macruz (São Paulo, Brasil): Curso sobre coronariopatías y cirugía. Departamento de Cardiología.
Dr. H. H. Samson (Sudáfrica): "Manejo de respiradores en niños pequeños y recién nacidos". Departamento de Anestesiología.
Prof. Dr. J. Mottin y Dr. J. Latarjet (Lyon, Francia): "Ventilación e intubación prolongada".
"Organización de Servicios de Urgencia y Reanimación en Hospitales de Lyon". Departamento de Anestesiología.

AÑO 1973

Prof. Dr. Croston (Universidad de Edimburgo, Escocia): "Tratamiento del asma". Clínica Médica "A".
Prof. Dr. Alberto Woscoff (Fac. Ciencias Médicas, Buenos Aires): "Nuevos avances en la terapia dermatológica". Clínica Dermosifilopática.
Dr. Joly (Argentina): "Organización del Programa *Detección precoz del cáncer de útero* en el Uruguay" Clínica Ginecotocológica "B".
Prof. Dr. Joachin Dudenhausen (Clínica Prof. Salhing, Berlín Occidental, Alemania): "Alimentación intrauterina del feto".
"Dosificación de lecitinas en el líquido amniótico por cromatografía y lámina delgada". Clínica Ginecotocológica "B".
Prof. Dr. Hans Crever (Alemania): "Población y alimentación mundial". Clínica de Nutrición y Digestivo.

Profs. Dres. Irekata Doi, Shigenitsu, Shida y Kidokoro (Japón): "Diagnóstico precoz del cáncer gástrico". Clínica de Nutrición y Digestivo.
Prof. Juan Arentsen (Univ. de Chile): Curso sobre Estrabismo. Clínica Oftalmológica
Prof. Dr. José I. Barraquer (Barcelona, España): "Operación de la catarata en los niños". "Corrección de la afaquia". Clínica Oftalmológica.
Dr. German Folder (Pittsburg, USA): "Patología otológica en el niño".
"Patología de la laringe en el niño".
"Impedanciometría".
"Criterios frente a la amigdalectomía". Clínica Otorrinolaringológica.
Dres. J. Bertolasi y René Favaloro (Argentina): "Coronariopatías". Departamento de Cardiología.

ANEXO 3

EL PRIMER TRASPLANTE RENAL

El 4 de julio de 1969, la Dirección del Hospital, junto con el Decano de la Facultad de Medicina, los Directores Asistentes Dres. Aron Nowinski y Julio C. Ripa, y los Dres. Dante Petruccelli Romero y Luis A. Cazabán Perossio, dieron una conferencia de prensa sobre el primer trasplante renal realizado en Uruguay, que transcribimos:

La Dirección del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" tiene el agrado de comunicar a la prensa el informe elaborado por el equipo de trasplante renal:

El trasplante de riñón ha superado la etapa experimental e integra en la actualidad uno de los recursos terapéuticos de algunas formas seleccionadas de enfermedades renales en etapa de uremia crónica.

El día 27 de junio del presente año, un equipo médico-quirúrgico realizó en el Centro Quirúrgico del Hospital de Clínicas el primer trasplante renal en nuestro medio. Este acto quirúrgico fue la culminación de una labor preparatoria de varios años realizada por los integrantes de la Unidad de Riñón Artificial del Hospital de Clínicas, del Laboratorio de Cirugía Experimental y de la Clínica Urológica de la Facultad de Medicina.

La paciente receptora del trasplante es una señora de 31 años de edad, portadora de una uremia crónica. Se utilizó un riñón de dador cadavérico de un paciente de 34 años, internado 24 horas antes por traumatismo encéfalocraneano. La muerte del dador fue certificada por médicos ajenos al equipo de trasplante y la donación del riñón fue autorizada por los familiares del fallecido.

La intervención se llevó a cabo con todo éxito y el estado actual de la paciente es sumamente satisfactorio.

El equipo médico-quirúrgico-urológico actuante alcanzó la capacitación técnica necesaria para realizar este tipo de tratamiento a lo largo de casi 12 años de labor, durante los cuales los hechos más salientes fueron los siguientes:

En el año 1957, el Prof. Adj. Dr. Adrián Fernández introduce en nuestro medio las técnicas de diálisis peritoneal y hemodiálisis con riñón artificial, con la colaboración de los Dres. Dante Petruccelli y Walter Espasandín, creándose poco después la Unidad de Riñón Artificial del Hospital de Clínicas.

En el año 1962, el Prof. Dr. Frank Hughes designa a los Dres. Hugo Delgado y Jorge Pereyra Bonasso, quienes con la colaboración del Prof. Adj. Dr. Roberto Rubio, inician la experimentación en trasplante renal.

En el año 1964, el Dr. Jorge Pereyra Bonasso concurre a Santiago de Chile a perfeccionarse en estas técnicas, las cuales son posteriormente desarrolladas por el Equipo de Cirugía Experimental dirigido por el Dr. Uruguay Larre-Borges, con la colaboración de los Dres. Jorge Pereyra Bonasso, Luis A. Cazabán, Alberto del Campo, L. Servetti, J. L. Filgueira, M. Mate y F. Nusspaumer. Este equipo realiza una extensa labor experimental en trasplante renal, pulmonar, hepático y de paratiroides, publicando y presentando sus resultados en varios Congresos.

En el año 1966, el Dr. Dante Petruccelli y las Enfermeras Universitarias Juana Bequio y Laura Hernández, de la Unidad de Riñón Artificial del Hospital de Clínicas, concurren al Hospital Italiano de Buenos Aires para estudiar las técnicas de hemodiálisis crónica, cuyo conocimiento es fundamental para poder abordar el problema del trasplante en el hombre. En el mismo año, el Dr. Uruguay Larre-Borges concurre a la Clínica del Prof. Jean Hamburger, en París, para perfeccionarse en los aspectos quirúrgicos que plantea este problema.

En el año 1967, el Equipo de la Unidad de Riñón Artificial, a cargo de los Dres. Dante Petruccelli y Luis A. Campalans, con la colaboración del Dr. Ernesto Corio y los Bres. Raúl Lombardi y Teresita Llopart, coordina su actividad con el Equipo de Cirugía Experimental y solicitan la colaboración del Prof. de Clínica Urológica Dr. Frank Hughes, obteniendo su más amplio apoyo. Se designa entonces el Equipo Urológico, integrado por los Dres. Hugo Delgado, Jorge Pereyra Bonasso y Ricardo Saldaña.

En el año 1968, integrantes de la Unidad de Riñón Artificial concurren al Instituto de Investigaciones Médicas que dirige el Prof. Alfredo Lanari en el Hospital Tornú de Buenos Aires, para interiorizarse de los detalles de la preparación preoperatorio, controles intraoperatorios y tratamiento postoperatorio de estos pacientes.

En el año 1969, el Prof. Adj. Dr. Julio C. Viola Peluffo, Director Interino de la Clínica Urológica, se integra al equipo dando nuevo impulso a su actividad. La coordinación general queda a cargo de la Unidad de Riñón Artificial representada por el Dr. Dante Petruccelli.

A pesar de que desde hace 2 años se estudiaban y preparaban enfermos con vistas al trasplante, éste se lleva a cabo por primera vez en la fecha mencionada.

En el mes de abril del presente año se interna en el Servicio de Urología del Hospital de Clínicas la paciente, con la finalidad de prepararla para ser sometida a trasplante. La indicación se plantea a la paciente y sus familiares, quienes prestan su consentimiento.

El 27 de junio se obtiene el riñón de dador cadavérico en las condiciones ya citadas y se decide realizar la intervención, la que se lleva a cabo por un equipo quirúrgico integrado por los cirujanos Dres. Uruguay Larre-Borges y Luis A. Cazabán y el urólogo Dr. Jorge Pereyra Bonasso, con la colaboración de los Dres. Raúl Cepellini, Carlos Sarroca, A. Hendlin y Br. Cerisola. La perfusión e hipotermia de riñón aislado estuvo a cargo del Dr. Ernesto Corio y los Bres. Raúl Lombardi y Teresita Llopart. La anestesia fue realizada por los Dres. Adolfo Syrvis y María Cavali de Caputi, del Servicio de Anestesiología; los controles hematológicos y hemoterapia por el Br. Víctor M. Vila, del Depto. de Hemoterapia; el control del medio interno por los Dres. Raúl Bustos y Gustavo Giussi, de la Cátedra de Fisiopatología, y la observación anatomopatológica por los Dres. Francisco Gravina y Julio de los Santos, del Depto. de Anatomía Patológica. La colaboración de Enfermería del Centro Quirúrgico estuvo a cargo de la Enfermera Universitaria Donna Ilieff y las Auxiliares de Enfermería Ma. C. Yamín, G. Iraola, R. Fígoli y J. Otero. El control médico pre, intra y post-operatorio es dirigido por los Dres. Dante Petruccelli y Luis A. Campalans.

Finalmente cabe destacar la amplísima colaboración del Departamento de Enfermería, dirigido por la Nurse Dora Ibarburu, y en forma especial la labor de la Enfermera Universitaria Juana Bequio que permitió conectar en los escasos minutos disponibles, a todos los integrantes del equipo.

LA DIRECCIÓN”.*

* (FDAN)

ANEXO 4

DEL ANECDOTARIO

Del profuso anecdotario acumulado en torno al Hospital de Clínicas a lo largo de sus primeros 20 años, hemos seleccionado dos anécdotas. Se refieren a hechos tan insólitos como pintorescos a los que el tiempo ha otorgado, sin mayor análisis, fama de fantástica realidad.

Improvisado inquilino

Relata Sergio Dansilio en su artículo "La Neuropsicología uruguaya: formación y desarrollo" (Archivos del Instituto de Neurología, 2002, 5(1):4-16), lo siguiente:

"El espacio físico que aun hoy sigue perteneciendo al actual Departamento de Neuropsicología, dentro del laberinto del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", encontró su destino por accidente. Cuenta el propio Carlos Mendilaharsu que llamaba la atención cómo un paciente epiléptico concurría asidua y puntualmente a sus controles, logrando siempre el primer número de asistencia. Se rastreó la situación y fue posible encontrar que el hombre habitaba un recinto en el piso uno, donde se disponen las policlínicas. Fue necesario documentarlo ocularmente para lograr después que el rincón olvidado, aposento del marginal, que todo el mundo daba por ocupado para algún fin hospitalario, pasara a ser parte del Laboratorio hoy denominado de Neuropsicología."

El Fantasma Benito

En una entrevista realizada a la Auxiliar de Enfermería Zulma Machín el 22 de agosto de 2003, año en que cumplió 50 años como funcionaria del Hospital desempeñando las mismas funciones en distintos servicios, argumentaba a favor de la existencia del mentado "Fantasma Benito", con fama de violador de mujeres.

"Claro que existió. Yo trabajaba de noche, y debíamos tomar la guardia con la Policía y un perro de policía, porque el individuo llamaba por teléfono a las ascensoristas y las enfermeras diciendo que iba a venir. Entonces uno vivía un momento terrible y evitábamos trasladarnos solas. A veces lo vieron, cubierto con una sábana. Pero mientras nos asustaba, por otro lado, otros estaban robando los colchones y todo lo que podían. Después se descubrió que ese famoso "Fantasma Benito" era un bombero, que era el que nos robaba. Nos persiguió durante muchos meses."

SIGLAS E ÍNDICE ONOMÁSTICO

SIGNIFICADO DE SIGLAS DEL TEXTO

AAH: Asociación Americana de Hospitales.
ADASI: Asociación de Administradores Sanitarios e Intendentes de Salud Pública.
AEM: Asociación de los Estudiantes de Medicina.
ANTEL: Administración Nacional de Telecomunicaciones.
APN: Asistencia Pública Nacional.
APRI: Asociación para la Recuperación del Inválido.
APS: Atención Primaria de la Salud.
AUAH: Asociación Uruguaya de Administradores de Hospitales.
ANM: Academia Nacional de Medicina.

CASMU: Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay.
CIAT: Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico.
CIES: Centro Interamericano Económico y Social.
CLAM: Centro Latinoamericano de Administración Médica (OPS/OMS).
CLAP: Centro Latinoamericano de Perinatalogía (OPS/OMS).
CTI: Centro de Tratamiento Intensivo.

ESMACO: Estado Mayor Conjunto.
EUE: Escuela Universitaria de Enfermería.

FEMI: Federación Médica del Interior.
FEUU: Federación de Estudiantes Universitarios del Uruguay.
FNR: FDondo Nacional de Recursos.
FONASA: Fondo Nacional de Salud.

HC: Hospital de Clínicas.
HPR: Hospital Pereira Rossell.

IAMC: Institución de Asistencia Médica Colectiva.
IMAE: Instituto de Medicina Altamente Especializada.

JUNASA: Junta Nacional de Salud.

MSP: Ministerio de Salud Pública.

OEA: Organización de los Estados Americanos.
OMS: Organización Mundial de la Salud.
OPS: Organización Panamericana de la Salud.
ORL: Otorrinolaringología u otorrinolaringólogo.

SAU: Sociedad de Arquitectos del Uruguay.
SCU: Sociedad de Cirugía del Uruguay.
SMU: Sindicato Médico del Uruguay.
SCISP: Servicio Cooperativdo Interamericano de Salud.
SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud.
SODRE: Servicio Oficial de Difusión Radioeléctrica.

TOCAF: Texto Ordenado de Contabilidad de Administración Financiera.
UNICEF: Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia.
UDELAR: Universidad de la República Oriental del Uruguay.

SIGNIFICADO DE SIGLAS DE LAS FUENTES

AFCS: Archivo Fotográfico Carlos Surraco.

AFEG: Archivo Fotográfico de la Escuela de Graduados.

AFEW: Archivo Fotográfico Eduardo Wilson.

AFHAC: Archivo Fotográfico del Hospital de Clínicas.

AFSMU: Archivo Fotográfico del Sindicato Médico del Uruguay.

BIHA: Centro de Documentación del Instituto de Historia de la Facultad de Arquitectura.

CDC: Consejo Directivo Central de la Universidad de la República.

CDFM: Consejo Directivo de la Facultad de Medicina.

CDHC: Comisión Directiva del Hospital de Clínicas.

CHC: Comisión del Hospital de Clínicas.

CHHC: Comisión Honoraria del Hospital de Clínicas

FDAN: Fondo Documental Dr. Aron Nowinski.

FDDSMU: Fondo documental digitalizado del Sindicato Médico del Uruguay.

FDHC: Fondo Documental del Hospital de Clínicas.

FDSS: Fondo Documental de Soledad Sánchez.

ÍNDICE ONOMÁSTICO

En este índice aparecen todos los nombres mencionados en el texto incluyendo las fuentes. Fueron excluidos los nombres aparecidos en los Anexos y las leyendas de las figuras.



Noviembre, 2011. Depósito Legal Nº. 357.354 / 11
w w w . t r a d i n c o . c o m . u y